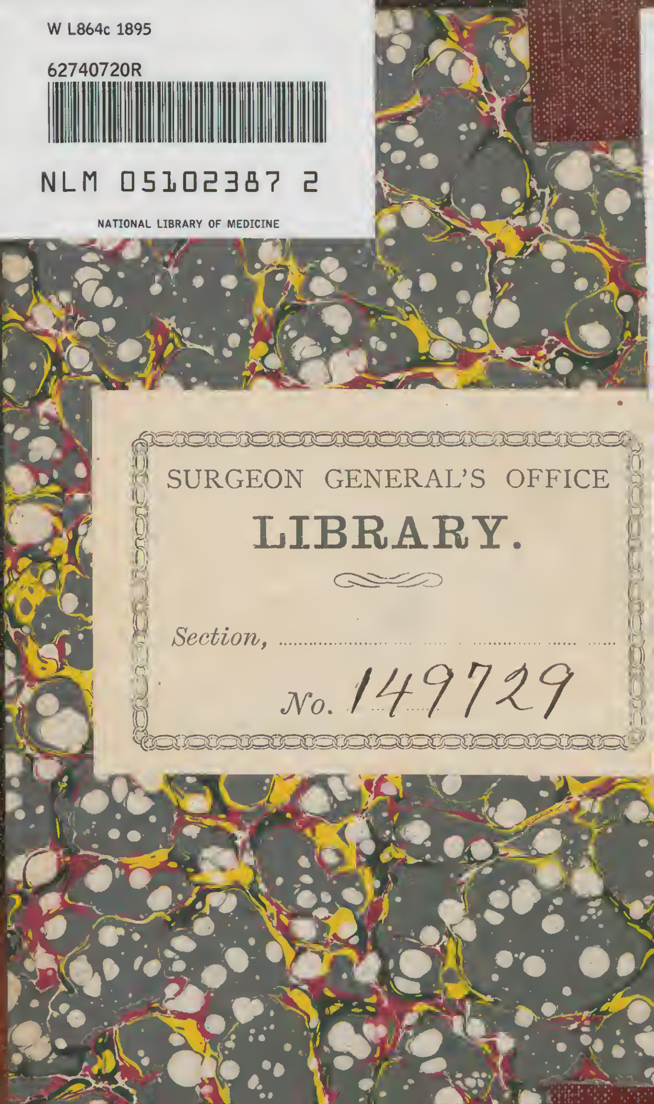
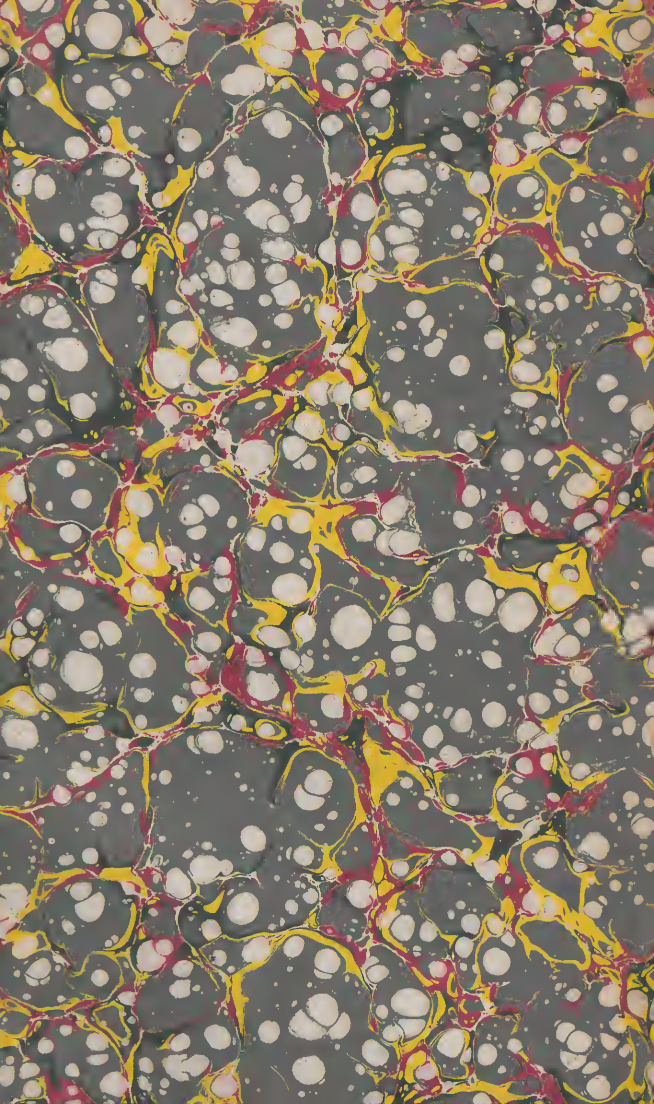



W L864c 1895
62740720R
NLM 05102387 2
NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
SURGEON GENERAL'S OFFICE
LIBRARY.
Section,
No. 149729



ARTÍCULOS DE MEDICINA

COLECCION

DE

ARTÍCULOS DE MEDICINA

POR EL DR.

ENRIQUE LOPEZ

LA COMERCIAL

Imprenta, Papelería y Encuadernación
MURALLA 123—HABANA
1895

PRÓLOGO

En este pequeño volúmen he reunido algunos artículos publicados en varias revistas. Los que fueron dedicados á vulgarizar la medicina, vieron la luz en periódicos literarios ú otros ajenos á nuestra ciencia. La mayoría aparecieron en publicaciones médicas de esta ciudad, habiéndose desarrollado temas que pudieran interesar á los que ejercen la medicina en general. En fin, un corto número se dió á conocer en revistas especiales de oftalmología ú otros periódicos médicos del extranjero.

No se ha incluido en este tomito ninguno

de los trabajos publicados en la revista mensual "Archivos de la Policlínica," de la que somos uno de los editores, porque ocupan una buena extensión en las páginas de dicha publicación, y allí podrán ser examinados fácilmente por aquellos á quienes interesen los asuntos de oculística.

El objeto de esta COLECCIÓN DE ARTÍCULOS DE MEDICINA *es contribuir una vez más á vulgarizar nociones útiles de medicina; y por otra parte poner á la vista de nuestra juventud matriculada en la facultad un bosquejo de nuestra historia médica, que no por ser modesta carece de interés, y estimularles el gusto por los estudios especiales que son los que dan el dominio de la materia y contribuyen notablemente al mejor éxito en el ejercicio de la profesión, aun cuando se practique la medicina en su totalidad.*

HISTORIA



MEDICINA DE LOS SIBONEYES

(*Discurso de recepción en la Sociedad Antropológica, leído en la sesión de 4 de Marzo de 1888; publicado en la Revista Cubana en el mismo año.*)

Cuba estuvo poblada en los tiempos prehistóricos, en un período en que probablemente formaba parte del Continente Americano, según atestiguan ambas aserciones los huesos humanos fósiles encontrados en ella así como restos de mamíferos ya extinguidos.

Pero los pobladores de Cuba de que tiene noticia la historia vinieron en una época no remota, aunque no se ha podido fijar la fecha de su establecimiento. Al

descubrir la América, vieron los europeos ocupada la Isla por una raza salvaje de buenas formas físicas, de mediana estatura, tez cobriza y cráneos comprimidos de delante atrás, que andaban desnudos; y cuyos hombres indolentes y de costumbres pacíficas, se dedicaban principalmente á la pesca, mientras que las mujeres cultivaban algunos vegetales comestibles.—Su número se hizo ascender á 600,000 en el momento de la conquista, por algunos escritores, cifra que me parece exagerada. Los españoles los designaron según Bachiller con el nombre de *tainos*, voz que con frecuencia usaban estos indios para indicarles que eran pacíficos ó nobles; pero ha prevalecido el nombre de *siboneyes* con que también se les designó. (1)

Se crée que procedían los siboneyes de los Araguas, pueblo que habitaba la región del Continente que es hoy Colombia, el cual se extendió por las llanuras del

(1) Se atribuye al P. Las Casas haber dado este nombre á nuestros indios; pero en la edición de su obra que he consultado, ni una sola vez he visto escrita la palabra *Siboney*.

Orinoco y las Antillas menores hasta llegar á establecerse en las cuatro principales y en las Lucayas. Eran sencillos é ignorantes; se pintaban la piel con dibujos variados; los señores principales usaban plumas en la cabeza, y algunos llevaban túnicas cortas de algodón; también gustaban adornarse con collares de semillas ó piedras de colores; pero la mayor parte iban completamente desnudos, incluso las mujeres, de las que solo usaban una corta túnica de algodón ó de hojas de árboles las casadas. Sus artes eran rudimentarias. No conocían la escritura ni han dejado señales suficientes para indicarnos su verdadero estado de civilización; pero, por las descripciones de los conquistadores sabemos que su gobierno era patriarcal: cada *cacique* regía un pequeño pueblo; éstos eran independientes unos de otros; y cada pueblo se componía de una agrupación de bohíos al rededor de una plaza destinada á celebrar sus fiestas y ejercicios corporales. No tenían más muebles en las casas que los utensilios para comer, y las hamacas que fabrica-

ban con algodón y otras fibras y las cuales usaban para acostarse, mientras que en vez de asientos acostumbraban á estar en cuclillas, y así descansaban. Sus otros instrumentos consistían en redes para pescar; y para su defensa llevaban *macanas* que eran mazas de madera dura, y flechas que remataban en espinas y huesos aguzados. No sabían trabajar los metales, así es que no se veían entre ellos otros más que raras muestras de oro ó plata nativos, que usaban como adornos.

No se conoce bien la religión que tuviéron los siboneyes. Se ha dicho que tenían idea de un Sér supremo, y que adoraban al Sol; pero lo que se sabe de positivo es que tenían muchos dioses, á los que llamaban *semíes*, que en cada casa tenían un *semí* protector, además de los *semíes* que guardaban en una casa ó templo; que estos ídolos eran de piedra ó barro, ó madera, representando unas veces animales, y otras sin formas determinadas. Creían que los *semíes* hablaban, que estaban obligados á alimentarlos, y que todos los males que les sobrevenían reconocían por

causa la cólera de aquellos. Creían además, como pueblo ignorante, en fantasmas ó muertos aparecidos, y en otras muchas supersticiones.

Sus sacerdotes, se llamaban *behiques*, y también *boitios*, ejercían gran influencia sobre el pueblo y practicaban la medicina.

Respecto á la historia que conocían de su pueblo, refiere Rafines que la siguiente tradición de los indios de Cuba y Haití. En la época lejana en que sus moradores vagaban aun sumidos en la ignorancia, aparecieron tres bienhechores, que llamaron *bohitos*, voz que significa anciano, los cuales organizaron el pueblo.

Bohito I estableció el culto, y dividió al pueblo en tres castas: *tainos* ó nobles; *bohitos* ó sacerdotes; y *anaborias* ó trabajadores; y les enseñó además el cultivo de los campos.

Bohito II ó Bucho-itihu (anciano eminente) enseñó el uso del algodón, é introdujo la medicina, y la yerba sagrada *gueyo*.

Bohito III enseñó la música

Este pueblo, sencillo é ignorante, debía

necesariamente hallarse muy atrasado en conocimientos científicos, incluso los de orden médico; aunque allí, como donde quiera que existan hombres, por salvajes que sean, había una medicina, porque los males son inherentes á la naturaleza orgánica, así como el instinto de conservación es la fuente de la terapéutica.

He creído conveniente trazar un cuadro general de la civilización y religión de los siboneyes para que se comprenda mejor el estado real de sus conocimientos médicos, porque en ellos la práctica de la medicina se hallaba tan íntimamente relacionada á sus creencias religiosas, que no se podría describir aquella sin dar á la vez una idea de la religión que profesaban; así, sabemos que hasta sus mismos cantos religiosos ó guerreros versaban á veces también sobre asuntos de medicina.

Como Haití fué el principal asiento de los españoles en América al principio de la conquista, fueron mejor estudiadas las costumbres y conocimientos de sus indios; y como fué la misma la raza de aque-

lla isla y Cuba, según ya he dicho y se deduce del aserto de los historiadores y de la semejanza de idiomas y hábitos, hago valer para nuestros siboneyes, á falta de otros detalles, la narración del hermano Román Pane de la orden religiosa de San Gerónimo, narración hecha en la Española al principio de la conquista y de la que tomaré los fragmentos que se refieren á la medicina de los pobladores de Haití. Esta narración será nuestro mejor guía, tanto por haber sido escrita en una época en que los indios conservaban todavía la pureza de su civilización propia, como por la sinceridad del narrador.

«Hay ciertas personas, dice, que practican la medicina, que hacen muchas supercherías, y las llaman *Bohuti*, que suponen con sus artificios que saben los más hondos secretos y hablan con los *semíes*, y cuando enferman los quitan y extraen el mal. He visto por mis propios ojos parte de esas cosas y añado lo que he oído de los vecinos principales, que creen en estas fábulas más profundamente.

«Las prácticas de los *bohiques* en la me-

dicina y enseñanza de las gentes son propias; pero no siempre sanan á los enfermos. Todos, especialmente en la Española, tienen muchos *semíes* de diferentes formas: uno consiste en un hueso de sus padres ó parientes, ó uno de piedra ó madera; de estos y aquellos hay muchos. Unos hablan, otros hacen aparecer las cosas que se comen, muchos dan orígen á las lluvias, otros á los vientos. Todo esto lo creen estas pobres gentes que se proveen de dioses, mejor dicho de diablos, careciendo de nuestra Religión.»

Gómara agrega por su parte que los *boitios* no curaban más que á la gente principal y señores, y refiere además que muchas viejas eran médicas y echaban las medicinas en la boca por unos canutos.

Estas prácticas supersticiosas, y otras que se relatan más adelante, no son patrimonio de los indios antillanos, sino hijas de la ignorancia y de la credulidad en todos los pueblos y en todos los tiempos, pues aún hoy día entre las naciones más civilizadas abundan en las clases inferiores del pueblo, curanderos que ex-

plotan la buena fe innata en los hombres para curar enfermedades con una mezcla de remedios empíricos, y de fórmulas religiosas ó místicas que constituyen una verdadera medicina de imaginación; como son ejemplos el tratamiento de la erisipela rezando oraciones y haciendo cruces sobre la parte enferma, las variadas curaciones de Lourdes, pregonadas en todos los tonos, y, tantos curanderos y adivinos que aparecen y desaparecen como el flujo del mar, que viven de los deshauciados, que, aunque no sean ignorantes, en la desesperación de su grave enfermedad y en la crédula sencillez de su cerebro, buscan en lo incierto lo que la ciencia positiva se declara impotente á curar. Justo es confesar que en ciertas enfermedades esa medicina supersticiosa ha obtenido sorprendentes curaciones al benéfico y poderoso influjo de imaginaciones exaltadas por la fe en la curación; especialmente cuando esta medicina no científica reviste la forma religiosa suele dar buenos resultados, porque es más eficaz la fe religiosa; y yo en muchos casos la considero benéfica por cuanto

puede proporcionar alivio y consuelo á los que sufren de afecciones crónicas é incurables hoy por hoy, y por eso esta terapeútica se perpetúa, y creo que existirá necesariamente en parte mientras la medicina no haya alcanzado su perfección. Ya los modernos estudios de sugestión han revelado el secreto de esas curaciones misteriosas, y revestidos aquellos de carácter científico disminuirán si no harán desaparecer totalmente el charlatanismo, gracias también al concurso de la gradual ilustración de las masas.

Yo estoy además persuadido de que tanto aquellos sacerdotes de los pueblos primitivos, como nuestros actuales curanderos, obraban generalmente de buena fe, y por lo tanto, á mi juicio, la palabra *supercheria* está mal empleada. Ellos estaban poseídos de la bondad de los medios que conocían y explotaban, del mismo modo que los sabios antiguos creyeron y afirmaron que la tierra era plana, y tantos otros errores que el tiempo se ha encargado de destruir. Luego esta medicina supersticiosa á que me refiero tiene un fondo de ver-

dad que le da vida y la ha hecho tan antigua como la raza humana; pero somos impotentes á destruir el falso ropaje que la reviste, porque en nuestra medicina hay todavía muchos puntos oscuros, que hacen á veces inciertos sus resultados, y que facilitan ese aparato misterioso que es el resorte de los charlatanes hábiles.

Por consiguiente, léjos de ver un tono depresivo en las palabras del hermano Román, las considero como puramente descriptivas, que en términos parecidos pudieran aplicarse á los antiguos babilonios, á los egipcios, ó á los griegos.

«Cuando alguno enferma, continúa, se le lleva al Buchu-itihu, que es el susodicho médico. Se preparan con ayuno, pues deben él y el enfermo estar ayunos al principiar la ceremonia: el médico que asiste al enfermo se purga simultáneamente con el paciente: aspiran el polvo de *cojoba* (1) por la nariz hasta embriagarse que no pueden darse de sí cuenta: pronuncian palabras extrañas dirigidas á los *semíes*, que les contes-

(1) Crée Bachiller que esta palabra sea errata de *cojoba* escrita á la italiana *cojioba*.

tan sobre las causas de la enfermedad, y siempre atribuyen éstas á aquellos.

»*De lo que hacen los Buchu-itihu.*—Cuando van á visitar á un enfermo, antes de salir de sus casas sacan del fondo de sus cazuelas el tizne ó el polvo de carbón vegetal y se cubren de negro el rostro, y así dan la consulta: en seguida toman unos huesecillos ó carne, lo envuelven en algo, y se lo ponen en la boca. Ya purgado el enfermo entra en la casa otra vez el médico, y se sienta delante de él, solo: antes salen de la casa los niños para que no interrumpan, y quedan una ó dos personas principales. Cuando está solo toma algunas hojas de la yerba gioia (1), la hoja grande por lo común; agregan otra de una cebolla de medio cuartillo de largo, la mojan hasta formar una pasta y la ponen por la noche en la boca, lo que les sirve de vomitivo arrojando lo que han comido. Cantan entonces y beben del jugo susodicho encendiendo una antorcha.

»Descansando algunos instantes el mé-

---

(1) La planta tabaco, *Nicotiana tabacum.*

dico se levanta y se dirige hácia el enfermo que está sentado solo en medio de la habitación, y lo rodea ó gira á su alrededor dos veces, según quiere; y le coge las piernas palpándole de la cintura á los piés; y lo estira con fuerza como si quisiera arrancarlo de su lugar: esto terminado sale de la habitación y cierra tras sí la puerta. Le habla desde afuera así:

—*Vete para la montaña ó al mar, donde quisieres.*

«Se vuelve al lado inverso poniéndose las manos juntas; sopla como por una cervatana, y colócase ambas manos sobre la boca que cierra; sus manos tiemblan enseguida como si tuviera gran frío; sopla sobre sus manos; y recoge el aliento como si sorbiera la médula de un hueso. Luego aspira al enfermo en el cuello, ó en el estómago, en las espaldas, mejillas, el seno, en el vientre y partes en general del cuerpo. Concluído lo cual, se saca de la boca lo que dijimos al principio que se metió en ella; si es comestible le dice:

—*Ya ves lo que te había hecho daño en tu cuerpo de donde te lo he sacado; advierte que*

ha salido de donde tu semí lo había colocado, porque no le rezabas ú orabas, ni puesto ni hecho altar ni sacrificado nada.

»Si es una piedra, le dice:

—*Consérvala muy cuidadosamente.*

»Suponen que esas piedras son muy útiles en los partos de sus mujeres; las guardan como cosas preciosas envueltas en algodones, y les ofrecen manjares de los que comen á sus mismos semíes domésticos. Los grandes días festivos son los señalados para ofrecerles mucha comida, como pescado, carne, pan y otras cosas. Lo colocan todo en la casa del semí y recogen al día siguiente lo que no ha comido; siendo así, Dios nos ayude, que el semí es cosa inerte, como hecho de piedra y madera.»

Aquellos sacerdotes empleaban en sus prácticas médicas ese aparato para impresionar la imaginación de sus enfermos; y aunque esta ceremonia aparece maliciosa, yo creo que los pacientes ni sus médicos verían en ella más que el único medio de calmar la irritación de los dioses airados contra la maldad de los hombres. En los primeros tiempos de nuestra raza se ha-

cían prácticas idénticas, y aún hoy existe en el vulgo la creencia de que muchas enfermedades son castigos del cielo.

Las enfermedades á que se alude en estos párrafos, debían probablemente ser ligeras, puesto que se dice que el enfermo se sentaba en medio de la habitación y que el médico le ordenaba ir á la montaña ó al mar. Y en cuanto á obsequiar con alimentos delicados á los semíes, recuerdo que algunos historiadores refieren que una costumbre igual existía entre los antiguos griegos en la época en que sus sacerdotes eran los que ejercían la medicina.

Y en fin, respecto al valor que daban á esas piedras en los partos, es una creencia semejante á lo que entre nosotros concede el vulgo á la intervención de San Ramón Nonato con el mismo objeto, de Santa Lucía en las enfermedades de los ojos, y tantos otros especialistas de orden divino que llenan el cuadro de la patología mística.

Al establecer estas comparaciones es mi intención poner de relieve que en sus orígenes la medicina ha sido idéntica en to-

dos los pueblos. y que, aún en aquellos que alcanzan mayor grado de civilización, se incrustan en la ignorancia de las clases inferiores mil supersticiones y creencias erróneas que solo difícilmente combaten los seres privilegiados de la ciencia. En la medicina es más reñida la lucha entre el saber y la ignorancia.

«*Como los dichos médicos suelen equivocarse*—Cuando han terminado todas sus prácticas los médicos, y el enfermo se muere, si tiene muchos parientes, y el difunto es señor de pueblos y poderosos, se investiga la conducta del Boitio; porque los que quieren perseguirles y hacerles mal lo verifican así. Para saber si el enfermo ha muerto por culpa del médico por falta de dieta como le previno, toman una yerba llamada *gueyo* que tiene las hojas gruesas y largas, que también llaman *sacon*. Toman el jugo de las hojas, cortan al muerto los uñas y cabellos de la frente; lo reducen á polvo entre dos piedras y lo mezclan con el jugo de la yerba para que lo beba el muerto; se le echa por la boca ó la nariz. Entonces se le pregunta al

muerto si observó el precepto de la dieta. Esta pregunta la repiten muchas veces, hasta que contesta elaramente como si estuviera vivo; y viene á satisfacer las preguntas diciendo que el boitío no eumplió con su dieta y fué causa de su muerte por la inobservancia; y luego mandan que pregunte al médico, pues tan claro lo culpa el muerto. En seguida entierran de nuevo al difunto.

«Usan otro medio de investigación á veces, que es haciendo un gran fuego como para formar carbón, y cuando la madera está en brasas, ponen al difunto sobre el brasero y lo cubren con tierra, como para hacer el carbón, y allí lo dejan por un término voluntario. Haeen las mismas preguntas y responde: *que nada sabe*; se repite hasta diez veees después de que habló, *¿si está muerto?* pero no responde á esas diez interpelaciones..

«*De cómo se vengan los parientes cuando el muerto responde después de tomar el brebaje.*—Los parientes se reunen en espera del boitío, al que dan una paliza que le quiebra las piernas, los brazos y rompen

la cabeza: queda al parecer molido, en la persuación de haberlo matado. Creen que por la noche vienen culebras de todas clases, blancas, negras, verdes y de otros muchos colores, que lamen las contusiones y fracturas al médico. Dura esto dos ó tres días, al cabo de los cuales el médico se levanta, y marcha alegremente para su casa. Los que lo encuentran le preguntan:

—*¿No habías muerto?*

Y él contesta:

—*Los semíes en forma de culebra me han socorrido.*

Los parientes del difunto montan en cólera, pues lo creyeron muerto; se desesperan y procuran por hacerlo morir, y si pueden atraparlo le sacan los ojos y lo castran, porque créen que es preciso esto último para hacer morir á un médico.

«*Lo que hacen para saber lo que quieren de los que queman y cómo se vengan entonces.*— Cuando descubren el fuego, si el humo se eleva hasta el cielo, perdiéndose de vista, y desciende y entra en la casa del médico; éste, si no observó la dieta, cae enfermo á su vez, se cubre de úlceras,

y pierde la piel á pedazos: es la señal de que no se abstuvo y la razón de que muriera el enfermo.»

De esta descripción se desprende que era bien triste la condición de los médicos siboneyes. En caso de muerte, los parientes del difunto tenían derecho á juzgar la conducta del boitío, para averiguar la culpabilidad que tuviese en el desenlance fatal; y por la naturaleza de la ceremonia acostumbrada, quedaba el médico á merced de las arbitrarias decisiones de sus jueces, que, por ser partes interesadas, les infligirían ordinariamente las penas más severas; ó en razón directa del aprecio en que tuvieron al difunto; así es que refiere el hermano Román que llegaban al extremo de sacarles los ojos y de castrarlos, para que murieran de esta operación, que según ya dijimos, se creía necesaria para matar á un médico. Dice que en otras ocasiones les rompían los huesos á palos; pero yo no comprendo qué clase de fracturas serían esas que curaban radicalmente al tercer día, ó si eran simplemente contusiones exageradas por el narrador. En fin, creían

los siboneyes que en caso de culpabilidad sufría el médico un castigo sobrenatural que cubría su cuerpo de úlceras graves.

En diversos pueblos bárbaros existió también la costumbre de castigar á los médicos cuando moría el enfermo. Malte-Brun, en su Geografía Universal, refiere que los médicos de una tribu de la América del Sur tan luego como declaraban muerto al paciente, tenían que huir acosados por las pedradas que le lanzaban los parientes y amigos del finado.

En el curso de esta historia se dice que la medicina de los siboneyes era de carácter religioso, y que la ejercían los behíques y boitíos. Los historiadores de Indias convienen en que los *behiques* ó *bohiques* eran los sacerdotes, y los *boitíos*, que eran los médicos, también se hallaban revestidos de la autoridad sacerdotal, aunque debía ser en ellos secundaria y casi de invocación para obtener las curaciones. Solo así, es decir, juzgándolos más bien como profanos, se comprende que el pueblo se atreviese á castigarlos, pues no es razonable suponer que en esas sociedades de organi-

zación teocrática, los sacerdotes pudieran ser juzgados por el pueblo que era esclavo de sus voluntades, mientras que sí pudieran serlo otros de categoría inferior, que tal vez estarían en más íntimo contacto con el enfermo, sobre los cuales se concibe que recayera toda la cólera de los familiares, pero nunca sobre sus sacerdotes, los behiques, ó médicos superiores ó consultores.

«*De qué modo hacen y conservan los semíes de piedra ó de madera.*—Los que se forman de madera se hacen así: cuando un caminante nota removidas las raíces de un árbol se detiene aterrorizado y pregunta lo que es. El árbol responde:

—*Me llamo Boitío y eso dice quién soy.*

Entónces el hombre busca un boitío, le dice lo que ha pasado, y el brujo ó adivino corre al árbol que ha hablado, se sienta debajo de él y hace *cojoba.* Hecha la *cojoba* se pone de pié dándole los títulos de un gran señor, y le interroga de esta manera:

—*¿Díme quién tú eres? ¿y para qué me has hecho llamar? ¿Díme si te corto y deseas*

venir conmigo? Si vienes conmigo ¿cómo quieres que te lleve? Te haré casa con sus pertenencias.

El árbol convertido en semí ó diablo le contesta del modo que se le antoja: lo corta ó se observan sus mandatos. Le construye una casa y sus pertenencias, y le hace la cojoba durante el año: la cojoba es el sacrificio ó culto para rogarle ó adorarle y complacerle, para preguntarle y saber del semí lo que le conviene así como para pedirle que lo enriquezca.

«Los semíes de piedra son de diferentes formaciones. Dicen unos que se hacen de los huesos ó cuerpos dislocados de los muertos por los médicos, y los enfermos guardan los mejores para hacer partear á las mujeres.

«Había un semí llamado *Baidrama.* Cuando alguno enfermaba llamaba al boitío y le preguntaba de lo que provenía la enfermedad; y le decían que Baidrama lo enviaba á requerirle porque no había mandado de comer á los que cuidaban su casa, y así les trasmitía el boitío lo que Baidrama les había dicho.»

En esta parte, que es una mezcla de medicina y religión, habla el hermano Román del descubrimiento de un semí y de la ceremonia que debía practicar el boitío que aquí aparece como sacerdote guardián de los semíes, para trasladarlo á su casa ó templo. Se refiere luego en particular á un semí llamado *Baidrama* y también *Buja* y *Aiba*, que debía ser probablemente el dios de la salud, del que eran intérpretes los boitíos, y al que todo el pueblo estaba obligado á ofrecerle alimento, so pena de perder su gracia y enfermarse el que no lo hacía.

Por toda esta larga relación se vé cuán atrasados estaban en conocimientos médicos nuestros siboneyes. Sobre *anatomía* no se hace más alusión que á las regiones superficiales de las partes del cuerpo, sin entrar en detalles de ninguna especie, ni nombrar ningún órgano más profundo que la piel, á no ser el testículo, único á que se alude, el cual bien puede considerarse como externo, y de cuya organización debían tener idea por cuanto acostum-

braban á practicar la castración. Sabían que el cuerpo estaba sostenido por el esqueleto óseo, limitándose á saber que existían los huesos, sin que se nos haya trasmitido una relación completa de sus conocimientos osteológicos. Conocían la carne en masa, pero ignoraban ó por lo menos nada se dice que conocieran los músculos. Un silencio completo reina respecto á los aparatos digestivo, circulatorio, respiratorio, y sistema nervioso, y en fin sobre todas las partes profundamente situadas. Su anatomía se reducía por consiguiente al conocimiento de las partes que son visibles y tangibles, y aún éstos eran conocimientos de disposición pero no de estructura.

Su *fisiología* era tan rudimentaria como su anatomía. Se limitaba su saber en dicha ciencia al grosero del funcionamiento de los ojos, por cuanto empleaban como castigo su destrucción, y se trasluce que también debían conocer las funciones del testículo, porque se valían igualmente de la castración como castigo, pero con la creencia errónea de que este órgano era

esencial para la vida de ciertas personas, según se ha dicho en un párrafo de la relación que hemos transcrito. Es probable que supieran que la integridad de los huesos de los miembros era necesaria para ejecutar los movimientos de locomoción, por que se dice que rompían en ciertos casos los huesos de las piernas y de los brazos á los médicos, que quedaban así postrados sin poder moverse durante tres días, sin embargo de que ya más arriba hemos expuesto nuestras dudas sobre este particular; así es que de esa misma aseveración se desprende cuán imperfectos eran los conocimientos de los indios sobre la regeneración del hueso.

No dudo que también conocieran las funciones del oído, olfato, gusto y tacto, porque estos son conocimientos generales á todos los hombres y de constante aplicación al mundo exterior en todas las circunstancias de la vida.

Los siboneyes poseían algunos mayores, aunque imperfectos, conocimientos de *patología*. La voz *axe*, según Bachiller, significaba algunas veces enfermedad, aun-

que su acepción general era la del tubérculo eomestible llamado ñame.

Conocían las contusiones, heridas y úleeras, y de estas últimas, unas de forma grave, que cubrían todo el cuerpo y haeían eaer la piel, aunque en este punto debe haber exageraeión, máxime euando á esta enfermedad se atribuía un orígen divino.

La embriaguez por el tabaeo no solo era freeuente sino que abusaban de ella, pues era una práetiea corriente en el médico y su enfermo al prineipio de su euraeión.

Nuestros indios designaron con el nombre de *caracol* á una enfermedad que, según se refiere, era semejante á la sarna y que ponía las manos ásperas. En una fábula de su mitología se alude á la neeesidad que tuvieron los primeros moradores de valerse de estos hombres de manos ásperas, para retener á los seres fantástieos de los que luego salieron las mujeres, los euales se deslizaban de entre las manos de los otros hombres no enfermos que querían aprisionarlos. No sabemos á cual en-

fermedad de las nuestras correspondería ó se aproximaría esta que nos ocupa, por ser incompletos los caracteres que se le asignan.

No debemos pasar en silencio las *sífilis*, cuyo origen tantas veces se ha atribuido al pueblo americano. Sin embargo, las vivas discusiones sostenidas sobre este particular han juzgado la cuestión favorablemente para el Nuevo Mundo. Por lo tanto, evitaremos la enojosa repetición de este punto histórico, y no combatiremos con muchos argumentos la opinión del orígen americano de la sífilis, basada en la coincidencia de la propagación epidémica de esta enfermedad en Europa con el descubrimiento de la América. Basta recordar que desde el siglo XIII se escribió sobre ella en Italia, y que desde mediados del siglo XV ya era allí conocido el *mal francés* y la virtud que tenía el mercurio para curarlo. Pero hay además un hecho que es decisivo: en Marzo de 1493, pocos días después del regreso de Colón en su primer viaje de las Indias recién descubiertas, al Puerto de Palos, se orde-

nó en París, mediante pregón, que *todos los enfermos de sífilis salieran incontinenti de la ciudad.* Esta medida revela que la enfermedad había tomado grandes proporciones en aquella capital, y es claro que para llegar á ese extremo debía existir desde mucho tiempo antes en Francia, puesto que esta afección es más lenta en su desarrollo y propagación que la mayor parte de las epidémias conocidas. Así es, que de todos modos sería imposible creer que en pocos días, con las malas comunicaciones de aquella época, hubiese salvado la distancia de Palos á París para mostrarse epidémicamente en esta última ciudad—Muchas otras pruebas pudieran alegarse sobre el orígen europeo, y tal vez asiático y antiquísimo de la sífilis, pero las ya expuestas son suficientes para convencernos de que dicha enfermedad no es procedente de la América.

Ninguna mención hacen los historiadores del conocimiento que tuvieran los siboneyes de las fiebres y otras afecciones comunes, que existían en esta región, y que desde el principio castigaron á los

conquistadores españoles; pero atribuyo la deficiencia de datos sobre estos particulares á que ninguno de los narradores de la conquista se ocupó de medicina más que incidentalmente, y cuando lo hacían fué siempre de un modo imperfecto.

Oviedo refiere que abundaban tanto las *niguas* (*pulex penetrans*) en los primeros tiempos de la llegada de los españoles, que, en los hombres que no se cuidaban de ellas, se propagaban con tal abundancia que los atacados se quedaban tullidos y mancos para siempre.

Las Casas dice de igual modo que los indios sufrían de la enfermedad parasitaria debida al *piojo* (*pediculus capitis*) pero sin señalar si fué ó no introducido por los conquistadores, lo que era fácil, pues sabemos que desde antiguo existía en Europa.

La *terapeútica* de los siboneyes se reducía al conocimiento de las propiedades narcóticas del tabaco, que usaban frecuentemente para embriagar á los enfermos.

Pero la medicación que casi exclusivamente usaban era la antiflogística: sangrías

y evacuantes. Cuando se solicitaban los servicios de un médico, empezaba éste por administrar un purgante á su enfermo, y después el vomitivo usual, y en fin, una serie de manipulaciones que también figuraban como medios terapéuticos destinados á influir sobre la imaginación de los enfermos.

No sabemos qué sustancia usaban como purgante, pues no tenemos en este concepto al tabaco como indica algún escritor. Para vomitivo empleaban una mezcla de tabaco y una especie de cebolla machacados, y añade el hermano Román que con el mismo fin usaron la yerba sagrada. Tal vez esta planta no sería otra que el tabaco, que es vomitivo y no purgante como ha dicho el Sr. Bachiller.

La planta sagrada cuyo uso enseñó Bohito II se nombraba *gueyo;* ahora bien, como sabemos que de todos los vegetales que conocían los indios al descubrirse la América era el tabaco, el más importante por sus diversas propiedades, y como se dice además que se empleaba en las prácticas religiosas, bien pudiera ser que

gueyo fuera el nombre sagrado de la planta, ó la planta viva, mientras que por *tabaco* designarían las hojas secas de esta yerba destinadas á quemarse, así como el instrumento con que aspiraban su humo, y por último, *cojoba* era la bebida hecha con zumo de las hojas verdes de tabaco, que ofrecían á los semíes para tenerlos propicios, y que con tanta frecueneia figuraba en sus prácticas religiosas y médicas. Debían también usar el tabaco como sudorífico, puesto que goza de esta propiedad casi á la misma dósis en que es vomitivo. Usaban además como medicamento la *jagua* (*genipa americana, L.*) pero sin indicar su acción sobre el organismo. Actualmente se le conceden propicdades resolutivas: muy útil, scgún Pichardo, contras las heridas, lobanillos, y otras afecciones.

Pero el principal mcdio terapéutico de que disponían era el empleo del agua fría, hasta tal punto que el P. Las Casas dice que «enfermando la persona, mujer ó hombre, si estaba muy mala, la sacaban de la casa los parientes y deudos, y la ponían

cerca de allí en el monte; allí le ponían algunos jarros de agua, y otras cosas de comer, sin que con ella estuviese persona alguna. Creo que la requerían de cuando en cuando y la lavaban, porque por principal medicina usaban lavar los enfermos, aunque quisiesen espirar, con agua fría, lo cual, ó hacían la contínua costumbre que tenían cada hora, estando sanos, por limpieza lavarse, ó por superstición, creyendo que el agua tenía virtud de limpiar los pecados y de dar sanidad corporal.»

En fin, la cirujía era practicada por los siboneyes en ciertos casos. Carecían de intrumentos especiales para hacer las operaciones; así para practicar la que entre ellos era más común, la sangría, se valían de las púas del maguey. No se indica en qué parte del cuerpo hacían las sangrías, pero sí se afirma que eran de un uso frecuente.

Ningún detalle nos ha llegado tampoco sobre el modo que tenían de sacar los ojos, y de hacer la castración; pero suponemos que la primera de estas operaciones sería un vaciamiento de algún modo grosero, y la segunda se haría por corte y magulla-

miento, con un cuchillo de piedra más ó menos afilado. Como estas dos operaciones se realizaban en el concepto de penas, probablemente ningún tratamiento post-operatorio se aplicaría á los pacientes. Y, para terminar con lo que se refiere á la cirujía, recordaré que en la mitología de Haití se dice que la mujer *Tauhuana* murió de un parto, y que le abrieron el vientre y le extrajeron cuatro gemelos. Esta fábula nos induce á creer que alguna vez se practicaría allí la operación cesárea.

Pero generalmente las mujeres indias parían con tan sorprendente facilidad que el P. Las Casas afirmaba que «era cosa maravillosa con cuán poca dificultad y dolor parían, cuasi no hacían sentimiento alguno más de torcer un poco el rostro, y luego, que estuviesen trabajando y ocupadas en cualquiera oficio, lanzaban el hijo ó hija y luego lo tomaban y se iban y lavaban á la criatura, y á sí mismas, en el río; después de lavadas daban leche á la criatura, y se tornaban al oficio y obra que hacían.»

Mayores noticias nos han trasmitido

los historiadores sobre la *higiene* de los indios. Nos dicen que los siboneyes eran sanguíneos, alegres y amorosos, benévolos, dulces y benignos; y añade el P. Las Casas, que de buena memoria y rica fantasía, cualidades que atribuye á la influencia de un clima siempre templado, y á las costumbres morigeradas de aquel pueblo primitivo. Así no es extraño que alcanzaran una edad avanzada, habiendo él visto muchos ancianos de más de ochenta años.

Nos aseguran que se recortaban el pelo, que se bañaban con frecuencia, y que las mujeres se pintaban flores en la piel y dibujos variados los hombres, de color rojo con las semillas de *bija* (*Bixa orellana, L*), de negro con la *jagua*, y así con otras sustancias colorantes. Algunos autores suponen que no se pintaban por vana ostentación, sino para preservar su piel de las picadas de los mosquitos y otros insectos chupadores.

Las mujeres se casaban muy jóvenes; eran de costumbres moderadas en sus relaciones con el hombre, pero muy fecundas. Las Casas afirma que era general

que tuviesen muchos hijos, solo llevándose ellos un año de diferencia, que vió amenudo partos gemelos, y refiere el caso de una mujer que tuvo cinco hijos de un solo parto. Apenas parían lavaban á las criaturas *con agua fría para que no se les endureciese el cuero*, costumbre que es de una rigurosa buena higiene, así como las mujeres recién paridas se bañaban también *en agua fría sin que les hiciese ningún daño*. También se dice que durante la lactancia las mujeres no tenían contacto carnal; pero no es fácil creer que así fuese, tanto por el instinto que lo ordena, como por la abundancia de hijos que tenían.

Su alimentación era principalmente vegetal, utilizando el maíz, la yuca de que hacían casabe, que aun en nuestros días se consume en el campo, y, en fin, diversas frutas. Entre las carnes consumían la de algunos reptiles, como la *iguana* (*cyclura carinata*, Harlan), y de algunas culebras y tortugas; también comían, según Urrutia, arañas grandes, y gusanos engendrados en maderos podridos, y entre

los mamíferos las *jutías* (*capromys*); pero de todas las comidas animales preferían los pescados, consistiendo la principal ocupación de los hombres en procurarse esta clase de alimentos. Respecto á bebidas no conocían otra más que el agua.

Entre los ejercicios gimnásticos á que se dedicaban, recordaré la caza y la pesca, así como la natación, en cuyo arte eran muy diestros; los *areitos*, que eran sus bailes, á cuyo ejercicio fueron en extremo aficionados, teniendo por él tal pasión que amenudo pasaban muchas horas seguidas bailando hasta quedar extenuados de fatiga; y en fin el juego de la pelota, al que se entregaban cuando se reunían en la plaza pública.

Variados detalles nos han dejado los escritores de aquella época sobre el destino que daban los siboneyes á sus cadáveres. Ordinariamente los enterraban de un modo análogo al que usan los pueblos europeos. Cuenta Las Casas que los enterraban en los montes, y Gómara añade que los sentaban en la sepultura, y les ponían al rededor pan, agua, sal, frutas y

armas. Practicaban la incineración del cadáver de algún personaje cuando querían averiguar la culpabilidad que en su muerte suponían al boitío, del modo que se indica en los párrafos copiados de la relación del hermano Román Pane. Por su parte, dice Charlevoix, que los indios disecaban hasta dejar como momias los cadáveres de las personas principales, y que solían conservar los huesos, pero no describe el modo que tenían de momificarlos.

Por esta descripción quedamos persuadidos del gran respeto que tenían por sus muertos. Enterraban á las gentes del pueblo, pero á los cadáveres de sus caciques les reservaban mejor destino; los disecaban y conservaban momificados, como objeto de veneración y para recuerdo de sus hazañas. Nada he leído, sin embargo, de haberse descubierto ó conservado hasta el presente alguna de esas momias, y es sensible que de ellas no se hubiese hecho una detallada relación y comparación con las de Egipto. Por eso me limito á reproducir la expresión de Charle-

voix sin concederle gran valor, puesto que no hay datos suficientes para asegurar que los siboneyes conocieran las prácticas del embalsamamiento.

La raza siboney disminuyó rápidamente desde el principio de la conquista angustiada por los trabajos penosos á que la sujetaban los conquistadores. Ya hoy puede decirse que ha desaparecido al menos con su carácter de originalidad, no quedando más que algunos restos de aquella raza en el departamento oriental; y con ella ha desaparecido el escaso grado de civilización que alcanzaron, absorbida por otra muy superior que trajeron los europeos.

Se han consultado principalmente, para la redacción de este trabajo, las publicaciones siguientes:

Las Casas.—«Historia de las Indias» edición publicada en Madrid en 1876, por el Marqués de la Fuensanta del Valle y D. José Sancho Rayón.

Colección Rivadeneyra. — «Historiadores de Indias.»

Urrutia.—«Teatro histórico, jurídico y político militar de la Isla Fernandina de Cuba» Habana 1876.

PEZUELA.—«Historia de la Isla de Cuba» Madrid 1868.

PICHARDO.—«Diccionario de voces cubanas.»

BACHILLER Y MORALES.—«Cuba primitiva.»

JULLIEN.—«Enfermedades venéreas »





OJEADA HISTÓRICA

SOBRE LA MEDICINA EN CUBA.

(*Nota presentada al primer Congreso Médico Cubano celebrado en la Habana en Enero de 1890, y publicada en la Revista Cubana, Febrero 1890.*)

Apenas conocida la América, gran número de aventureros atrevidos arrastrados por la maravillosa riqueza de las tierras descubiertas por Colón, dominados por la fiebre conquistadora y la codicia de los metales preciosos, solo pisaban este suelo como un punto de escala para ganar las ansiadas regiones del oro y de la plata del Continente.

Estos hombres, guerreros por temperamento, y en su mayor parte soldados y marinos en las guerras de Granada y de

Italia, solo conocían algunas de las artes útiles en la carrera de las armas. Pero eran de escasa ilustración literaria y desprovistos de conocimientos científicos. De medicina solo refieren los historiadores de la época que se ocupaban de las heridas que con tanta frecuencia sufrían en sus campañas.

La Isla de Cuba, que no les brindaba riquezas minerales, apenas veía aumentar su población durante el primer siglo de la conquista. La de la Habana á los treinta años de su fundación, solo la componían unas 150 almas, en su mayor parte ancianos y personas inútiles para las campañas del Continente.

Pero la posición avanzada de esta ciudad sobre la tierra firme la convirtió en la última escala de las escuadras conquistadoras y era igualmente el lugar á donde regresaban los heridos y enfermos de tantas aventuras. Este fué el motivo de que se fundase en la Habana en 1565 un hospital llamado de San Felipe y Santiago para asistir á los enfermos y heridos de la guerra de la Florida. Pero casi desde su

fundación fueron también asistidos en aquel asilo todos los enfermos pobres de la ciudad.

Más higiénica que farmacológica debió ser en un principio la asistencia en este hospital por la total carencia de médicos que entonces había, como lo demuestra el hecho que algunos años antes el Ayuntamiento de la Habana había concedido á un barbero y cirujano llamado Gómez el derecho exclusivo de curar en toda la ciudad.

La primera mención que se hace de un médico en la Isla fué el acuerdo en Cabildo de la Habana en 1610, subvencionando con cien ducados anuales al Ledo. Juan de Tejada para que se estableciese en la población. Según investigaciones de mi amigo D. Alfredo Zayas, 41 años antes de aparecer Tejada, celebró contrato con el Ayuntamiento el Ledo. Gamarra, por el cual había de prestar sus servicios de médico, cirujano y boticario á cierto número de vecinos inscriptos en una lista, obteniendo en cambio el derecho exclusivo de curar en la ciudad.

Pero ya á fines del siglo XVII había médicos en diversas poblaciones, pues hasta se tiene noticia de uno que en 1699 había ido á establecerse en Santa Clara, pequeña población recién fundada en el centro de la Isla; y que en la misma algunos años después se abrió al público una botica de ungüentos.

A mediados del siglo XVII una epidemia de una especie de fiebre pútrida llevó al sepulcro cerca de un tercio de la población de la Isla, que entónces ascendía á unas 30,000 almas.

En todo este primer periodo de nuestra historia médica que se termina con la fundación de la Universidad Pontificia, periodo que podemos calificar de ignorancia en su principio y siempre de deficiencia en conocimientos médicos, en que el arte de curar se hallaba en manos de charlatanes ó de médicos más aventureros que hombres de ciencia, durante este período, decimos, se realizaron algunas obras de higiene, como la construcción de la Zanja Real para abastecer de aguas potables á la Habana, ó de beneficencia, como la fundación del Hos-

pital de Paula para la asistencia gratuita de mujeres pobres.

El siglo XVIII abre una nueva era para la vida intelectual de los cubanos con la fundación de una Universidad.

Terminado ya el azaroso período de la conquista, las múltiples colonias esparcidas en el Nuevo Mundo dedicaban atención preferente á la organización de sus gobiernos interiores. La Isla de Cuba contaba en el primer tercio de dicho siglo, una población de agricultores y comerciantes de más de 100,000 almas, número que llegó casi á cuadruplicarse al finalizar el mismo.

Antes de terminar el siglo XVII se agitó en la órden de predicadores de esta Capital la idea de fundar una Universidad.

Con las dilaciones que los lentos medios de comunicación de aquella época imponían, se obtuvo en una bula del Papa Inocencio XIII, confirmada por Real Cédula, el ansiado permiso para la creación de una «*Real y Pontificia Universidad*» que en 1728

quedó establecida en el convento de San Juan de Letrán, que aquellos frailes ocupaban; fundándose entonces oficialmente los cursos de teología, filosofía, leyes y medicina. Pero desde algunos años antes de obtenerse la Real Cédula, ya se explicaban cursos en el convento, que en medicina profesaban los Dres. González Alamo, y Hernandez Catategui.

Esta Universidad confería los títulos de Bachiller, Licenciado y Doctor.

El Bachillerato en medicina comprendía:

4 cursos en Prima (*fisiología.*)
1 ,, en Vísperas (*patología*).
1 ,, en Cirujía y Anatomía.
1 ,, en Astronología.
1 ,, en Método (*terapéutica*).

Para obtener la Licenciatura se exigía haber practicado dos años con un Protomédico.

El Doctorado se confería por oposición.

La enseñanza de esta facultad que, adolecía de defectos graves marca sin embargo

un período notable de progreso; y la experiencia demostró que esta enseñanza fué fecunda en resultados prácticos, porque despertó en la juventud el estímulo para los estudios serios, y en el trascurso de aquellos años mantuvo vivo el amor á la ciencia, dotando al país de un cuerpo médico de regular instrucción que con movimiento lento y siguiendo á través de la distancia las doctrinas de las escuelas europeas, debemos considerarlo como fuente de nuestro actual desenvolvimiento científico.

Antes de fundarse la Universidad se creó en 1713 un Protomedicato para combatir y perseguir el charlatanismo de los curanderos que entonces abundaban, velar por los intereses de la profesión, y conferir títulos de médicos. (1)

---

(1) Los grados concedidos por la Universidad no tenían otro valor que ser la expresión de los estudios cursados en ella. Pero las licencias para curar solo las otorgaba el Protomedicato, concediendo á los graduados de la Universidad mediante un nuevo exámen ante el Tribunal los títulos de cirujano y de médico.

El Protomedicato confería cuatro distintos títulos:

1º *Médico-cirujanos*, que podían ejercer todos los ramos de la medicina.

2º *Médicos*, que sólo trataban las enfermedades internas.

3º *Cirujanos latinos*, que asistían las enfermedades puramente externas, y los casos mixtos en que éstas eran causas de las internas.

4º *Cirujanos romancistas*, que estaban autorizados para curar únicamente las enfermedades externas (heridas, úlceras, etc.) (1)

El Protomedicato quedó suprimido en 1832, y su sucesora la Junta Superior de Medicina en 1842, para pasar al claustro universitario el derecho de conceder los grados.

Sin embargo, á pesar de la creación de la Universidad los estudios languidecían con el aprendizaje confuso de los textos,

---

(1) Este título, debido á la carencia de médicos, se concedía á los practicantes ó enfermeros de los hospitales, que demostraban ante el Tribunal aptitud para las curaciones sencillas.

el mal orden establecido en los cursos, la enseñanza puramente teórica y la costumbre establecida en las aulas de emplear el idioma latino, de tal modo que en 1800 solo había matriculados ocho alumnos en la facultad.

Pero al iniciarse el siglo XIX la enseñanza médica adquiere un vuelo hasta entonces desconocido. En 1763 se fundó el Hospital Militar, y en él se explicó por primera vez en 1797 un curso de Anatomía práctica por el Ldo. Córdova, al que siguieron cursos de operaciones, quedando en fin establecida allí una mesa de disección para los estudios sobre el cadáver. Desde esta época sustituyó definitivamente el castellano al latín en la enseñanza universitaria, y las doctrinas de Morgagni, Haller, y otros autores modernos sustituyeron á los antiguos textos.

En 1804 propaga la vacuna el Dr. Romay en los momentos en que una epidemia de viruelas asolaba la ciudad.—Por R. C. de este mismo año se hacen cesar los enterramientos en las iglesias, como hasta entónces se acostumbraba, y se man-

daba construir cementerios fuera de poblado.

En 1819 se creó una cátedra de Anatonomía práctica con un pequeño museo de piezas de cera.

En 1821 el Dr. Tasso, discípulo de Scarpa, explicó brillantemente la Anatomía y la Fisiología.

En 1824 se creó la cátedra de cirujía, que profesó el venerable Rector de nuestra Universidad, Dr. F. González del Valle. —En 1825 explicó el Dr. Alonso, en cursos libres, la Anatomía, Operaciones y Obstetricia, que fueron continuados en 1830 por el modesto y sabio Doctor Gutiérrez, á quien tanto debe la cirujía en Cuba. Este mismo profesor á su regreso de Francia, enseñó por primera vez la auscultación y percusión, y practicó operaciones hasta entonces desconocidas en el país.

Todos estos elementos de progreso reunidos, que de hecho habían impreso un nuevo giro á nuestra medicina, contribuyeron poderosamente á la gran reforma

universitaria de 1842. La enseñanza oficial de la CLÍNICA, que por su naturaleza práctica abre extensos horizontes á las investigaciones personales, es el carácter esencial de esta reforma, que marca el punto de partida del tercer período que, pudiéramos igualmente llamar contemporáneo ó propio de esta generación.

La facilidad y rapidez de las comunicaciones, ha llevado á no pequeño número de jóvenes á hacer ó completar sus estudios en las distintas ramas de la ciencia de curar en las más reputadas escuelas del extranjero, á adquirir al lado de los grandes maestros ese espíritu de observación metódica y de sano juicio, que es la fuente de las producciones personales; y por otra parte, el desarrollo siempre creciente de la prensa científica, ha logrado despertar el estímulo de gloria y el culto á la investigación de la verdad, de fecundos resultados en las inteligencias perseverantes.

En 1840 se fundó el primer periódico profesional en la Habana, *El Repertorio Médico*, dirigido por los Dres. Gutiérrez y

Zambrana, que se publicó durante tres años. Desde entonces se han sucedido más de 30 revistas médicas, de vida efímera en su mayor parte, hasta el momento actual en que, por el acrecentamiento de escritores profesionales parecen gozar las que ahora existen de mejores condiciones de vitalidad.

En este período se ha despertado igualmente el espíritu de Asociación científica.

En efecto, desde 1861 quedó fundada la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales, centro científico y consultivo del Gobierno, gracias á las gestiones de su primero y hasta hoy único Presidente, el venerable Dr. Gutiérrez.

En 1878 se funda la Sociedad Antropológica; en 1879 las de Estudios Clínicos, y Socorros Mútuos de Médicos. Y en fin, se establecen sociedades médico-farmacéuticas en varias poblaciones del interior.

En el transcurso de estos últimos años se han realizado otras fundaciones notables en la esfera de la medicina. En 1854, una Casa General de Enagenados; en 1870, las casas de socorro; en 1874,

el Hospital de Higiene, asilo destinado á las prostitutas enfermas; en 1880 se estableció un Necrocomio; en 1882 un cuerpo de Médicos Municipales, para la asistencia á domicilio de las familias pobres; en 1886 quedó terminado el Hospital Civil «Ntra. Sra. de las Mercedes», construcción digna de esta ciudad culta. En 1887 el Dr. Santos establece en esta ciudad un instituto de vacunaciones antirábicas por el procedimiento de Pasteur.

Durante este período la Cirujía ha realizado progresos tan notables, que la han colocado á la misma altura de la que se practica en los centros más ilustrados. En 1851 se aplicó por primera vez el cloroformo para una operación de cáncer, por el Dr. Gutiérrez. Este profesor introdujo gran número de operaciones, en especial del aparato génito-urinario. Ultimamente se han llevado á cabo toda suerte de grandes operaciones. A la primera ovariotomía hecha por el Dr. Bustamante en 1878, han seguido muchas otras de igual importancia por manos de hábiles cirujanos.

Terminaremos recordando que en esta

última década se ha desarrollado con nuevo impulso el estímulo por la enseñanza en la Universidad, con el establecimiento de una Clínica de partos, de Laboratorios al servicio de las Clínicas médica y quirúrgica, con la introducción de mejoras para la disección de los cadáveres, y con la libre elección de temas para las tesis de Doctorado, á la vez que el menor costo de la carrera ha dado acceso á las aulas á la juventud menos acomodada. Y por otra parte, no faltan profesores que aisladamente unos, y en colaboración otros en centros apropiados, se entregan con ardor á investigaciones científicas sobre diversos puntos de medicina, y muy especialmente sobre fiebre amarilla, ardua tarea que con los nuestros han compartido en esta ciudad sabios profesores extranjeros.

He creído útil trazar este bosquejo histórico ahora que en este primer Congreso Médico ha de demostrarse el verdadero estado de adelanto que alcanzamos en la vía independiente de la observación y de experimentación personales.





CONGRESO MÉDICO CUBANO

(*Moción verbal en la Sociedad de Estudios Clínicos en sesión de 6 de Septiembre de 1888.*)

He pedido la palabra, para ocupar la atención de los señores socios con un asunto, que si bien es nuevo entre nosotros, ha pasado á ser un hecho vulgar en los países que dirigen el movimiento científico. Me refiero á los Congresos médicos.

Hasta no ha mucho tiempo las Academias de Medicinas eran los principales Centros donde se exponían, debatían y depuraban las concepciones de los sabios que vivían, por decirlo así, bajo los muros de una misma ciudad. Pero la difusión

cada día creciente de la literatura médica, las ha hecho ya insuficientes para ocuparse del considerable número de trabajos que se realizan actualmente en este período de investigación y de análisis porque atraviesa nuestra ciencia. De aquí ha surgido, con la expontaneidad propia de las cosas necesarias, el Congreso que es la reunión, no ya de los médicos de una ciudad, sino de todo un pueblo y hasta de todos los pueblos que entienden de medicina. Los Congresos, cuya misión es reunir los materiales variados que se les someten, discutirlos y publicarlos, vienen á ser como el arca donde se guardan los conocimientos de los profesores que les dieron vida, y como una muestra del estado de la medicina de un pueblo en el momento de su celebración.

Nacidos casi á mediados de este siglo, se han propagado con pasmosa rapidez, y hoy es tal el número de los que existen, que apenas hay número de periódico profesional europeo, donde no se dé cuenta de las sesiones de algún Congreso. La medicina en general, ó la medicina y la ci-

rujía aisladamente, ó una cualquiera de sus ramas, y hasta una sola enfermedad, son campos donde funcionan Congresos que mantienen vivo el interés, en comunicaciones y discusiones, de todos los que aman verdaderamente la ciencia. Los Congresos internacionales de medicina, los de naturalistas y médicos alemanes, la Asociación para el adelantamiento de las Ciencias, en Francia, la Asociación inglesa, los Congresos de oftalmología, el reciente de la tuberculosis, y otros mil que se celebran en capitales ó pueblos de menor importancia, atestiguan la trascendencia de estas reuniones en el progreso de la Ciencia. En ellos se fomenta el estímulo para el trabajo, y se desarrolla el espíritu observador por el cambio recíproco de ideas; de los materiales que examina pueden sacarse conclusiones sobre puntos definidos, que son la expresión de las tareas realizadas.

Nuestro país también marcha en pos de este movimiento científico. Iniciados ayer en la vida intelectual, pues aún viven profesores que estudiaron *prima* y *vísperas* en aquellos tiempos de enseñanza teórica é

incompleta, hemos recorrido sin embargo con paso decidido un largo camino. Una generación entusiasta regresó al suelo patrio con sólido material científico y prodigó todas las inspiraciones de la escuela francesa, y más tarde el espíritu perseverante de los americanos. Por efecto de este progreso se mejoraron los estudios universitarios, se fundó en 1861 la academia de Ciencias, y más recientemente, en 1879, esta Sociedad de Estudios Clínicos, y una Sociedad Antropológica y otra Odontológica, y en fin, desde años antes una prensa médica, entusiasta; en cuyos diversos Centros, manifiestan su actividad en el trabajo los muchos profesores de esta tierra amantes del progreso.

Pero en estos Centros apenas se ha revelado más que el movimiento científico de la Habana. Y sin embargo, en diversos puntos del interior ejercen la medicina aventajadísimos compañeros recibidos en nuestra Universidad ó venidos del extranjero, y cuyo concurso en el movimiento médico local, es de valor inapreciable. Para facilitar y estrechar las relaciones mutuas entre

todos los médicos de la Isla, nada más acertado que la creación de un Congreso médico que celebre sus sesiones con largos periodos de intervalo.

Propongo, pues, que la Sociedad apruebe esta moción, y que tome la iniciativa de organización, nombrando una comisión de su seno que redacte un programa para la celebración del primer Congreso. (1)

---

(1) El Congreso se celebró con éxito notable del 15 al 20 de Enero de 1890, con asistencia de gran número de médicos de muchas localidades de la Isla, habiéndose presentado trabajos numerosos y llenos de originalidad.





EL DR. HERMAN KNAPP

APUNTES BIOGRÁFICOS

(*Públicado en La Revista de Ciencias Médicas en Abril 5 de 1889.*)

A mediados de Marzo último visitó nuestra Isla, como excursionista, un distinguido médico de New-York, el doctor-Knapp. Muchos comprofesores de esta ciudad se apresuraron á tributarle el homenaje de respeto y admiración debido al sabio, y la Sociedad de Estudios Clínicos celebró el día 19 una sesión extraordinaria en su honor, nombrándolo *Socio de Mérito*, como no ha muchos años acordó iguales distinciones á otro investigador universalmente conocido, el Dr. Grancher,

de París. Cuba, apenas nacida á la vida de la ciencia, encierra por el entusiasmo de sus hijos, según confesión de ambos profesores, el germen de una escuela independiente. En efecto, la asimilación activa de las elaboraciones extranjeras, es fuente fecunda, y no tardará en rendir ricos productos de observación propia.

El Dr. Knapp, que por su modestia y trato exquisito se captó las simpatías de la clase médica de esta ciudad, acaba de cumplir 57 años. Nacido y educado primeramente en Alemania, estudió durante nueve años consecutivos en las Universidades de Munich, Würsburg, Berlín, Leipzig, Viena, París, Londres, Utrecht y Heidelberg, al lado de los oftalmólogos que enaltecían con su ciencia el brillo de estas escuelas, principalmente de Bowman y Critchett en Inglaterra, de Donders, en Holanda, de Graefe y Helmholtz, en Alemania, de quienes supo asimilarse ese entusiasmo del genio que estudia la ciencia por la ciencia misma, para perfeccionarla con su infatigable labor, que sólo aspira al premio de la utilidad práctica

que sus investigaciones pueden proporcionar á la masa de los hombres.

Su decidida afición á los estudios fisiológicos le retuvo más largo tiempo al lado del inmortal inventor del oftalmoscopio, en Heidelberg, de quien aprendió las ciencias exactas aplicadas á la óptica, y el espíritu investigador, que se tradujo más tarde en los numerosos trabajos que le han conquistado justa reputación de sabio en el mundo médico.

Durante algunos años fué profesor de esa misma histórica Universidad de Heidelberg, cargo que renunció en 1868, para establecerse en New-York que le ofrecía un campo más vasto al desenvolvimiento de sus aptitudes.

En esta ciudad fundó los *Archives of ophthalmology and otology*, revista trimestral, publicada á la vez en los idiomas inglés y alemán, y el *New-York Ophthalmic and Aural Institute*, á la vez escuela y hospital para el estudio y tratamiento de las enfermedades de los ojos y de los oídos.

Bien pronto supo apreciarse en la me-

trópoli americana la profundidad de conocimientos y las notables aptitudes que reunía el especialista alemán para que pasase desapercibida la inmensa utilidad que su enseñanza había de reportar á los alumnos de esta ciencia. Nombrado profesor de la facultad de medicina de la Universidad de New-York, desempeñó sus cursos con general aplauso, hasta 1888, en que por la sentida muerte de un sabio oftalmólogo americano, el Dr. C. R. Agnew, pasó á ocupar la cátedra vacante en el *College of Physicians and Surgeons* de la misma ciudad.

El Dr. Knapp ha publicado numerosos trabajos sobre puntos difíciles de oftalmología; pero en gracia á la brevedad de estos apuntes, sólo daremos á conocer aquellos que mayor eco han tenido en las escuelas europeas.

En 1859 escribió sobre las *Curvaduras de la Córnea y su astigmatismo*, cuando aún los trastornos visuales por este defecto de refracción eran apenas conocidos.

Publicó además varios trabajos físicos y matemáticos sobre las *Constantes ópticas*

y la acomodación—y sobre el *Astigmatismo*, —descripciones del *Oftalmoscopio*, etc.

No son menos notables sus trabajos clínicos de *Tumores intraoculares*, sobre la *Extracción de la catarata* (estadística de 12 series de 100 operaciones sucesivas, sobre el *Estrabismo*, etc.)

El Dr. Knapp es un trabajador infatigable; en el laboratorio, en la cátedra y en las academias ha contribuido con sus experiencias y su palabra autorizada al progreso de la medicina.

En el 2º Congreso internacional de oftalmología celebrado en París en 1867, Knapp, profesor entonces de la Universidad de Heidelberg, leyó una interesante comunicación sobre el *Glioma de la retina*, estableciendo que es una hiperplasia de la capa de núcleos á expensas de los elementos nerviosos de aquella membrana, que se propaga, sea por transición inmediata ó por diseminación, y confirmando el pronóstico fatal de la enfermedad. Alternaron en la discusión de este punto los oftalmólogos más reputados de la época, Sichel, Testelin, Graefe, Arlt, Critchett y Wecker.

En la segunda sesión del mismo Congreso se ocupó de las *Medidas oftalmoscópicas de las desigualdades del fondo del ojo*, según sus observaciones propias.

En el 5º Congreso internacional de Oftalmología, celebrado en New York, en 1876, tomó parte principalísima el doctor Knapp, ya en comunicaciones, en discusiones, ó bien como miembro del comité de publicaciones de los trabajos presentados á dicho Congreso.

En su disertación sobre los *Tumores orbitarios* examina los exostosis de la órbita, sumamente raros, formados por una sustancia ósea compacta, dispuesta en capas concéntricas; son de aspecto semejante al marfil (exostosis eburneas), pueden contener quistes mucosos, su base es más ó menos ancha, y su extirpación difícil. Se ocupó enseguida de los tumores óseos de las cavidades vecinas que hacen irrupción en la órbita, cuya naturaleza es variable, fibrosa, mixomatosa, carcinomatosa, ósea, cartilaginosa, etc., y que ordinariamente proceden del seno maxilar; y en fin, del sarcoma y del condroma de las paredes

orbitarias, tumores poco duros, derivados del periostio y de difícil diagnóstico.

En el 7º Congreso internacional de Oftalmología, reunido el año último en Heidelberg, propuso para *anotar el astigmatismo* colocar el 0 en el meridiano vertical y terminar la cifra que indica la inclinación del eje de los vidrios cilíndricos con la letra *n* para el lado nasal, y con la letra *t* para el lado temporal.

Ultimamente el Dr. Knapp se ha ocupado de bacteriología, de cuyas experiencias nos dió una galana muestra en la conferencia que le oimos en la Sociedad de Esdios Clínicos.



HIGIENE



LA VISTA

ESTUDIO DEDICADO Á LOS SRES. PROFESORES DE 1.ª ENSEÑANZA.

(*Publicado en el «Boletín de la Asociación de Profesores» en Abril de 1887*).

Se ha dicho que la vista es el más noble de nuestros sentidos; y en efecto, es el más útil, y casi el único que hace al hombre apto para trabajar y moverse en sociedad. Sin la vista difícilmente puede adquirirse un mediano grado de ilustración ni desempeñar la mayor parte de las profesiones. La noche eterna del ciego es como una barrera que lo separa de los demás hombres: que lo aisla del mundo social.

La vista es un maestro que inconscientemente nos enseña la forma, el volumen y el color de los objetos; nos hace apreciar las distancias, poniéndonos por consiguiente en condiciones para movernos en el medio que nos rodea; y además por su educación puede suplir á los otros sentidos: así, por el choque de dos cuerpos suponemos la producción de un sonido; á la vista de un manjar preparado con arte, lo creemos grato al paladar; y las proporciones de una hoguera nos dán una idea del calor desprendido, como asimismo de todo cuerpo reflector deducimos una superficie homogénea y lisa.

La vista es indispensable para la ilustración del pueblo. El ojo es el órgano que más se ejercita en las escuelas, y del que tanto provecho saca el sistema objetivo. Desde el niño que llega á la escuela á aprender la cartilla hasta el sabio encanecido en las bibliotecas, desde el comerciante al marino, desde el artesano al agricultor, todos los hombres se valen especialmente de la vista para sus fines profesionales y sus relaciones mútuas.

Este órgano tiene una poderosa fuerza de acción durante la infancia, en cuyo período su funcionamiento se puede decir que absorbe toda la atención del niño, presentando á sus tiernos cerebros en toda su belleza el magnífico espectáculo de la naturaleza en sus múltiples formas. Yo he visto un niño de doce años que por vez primera contemplaba el mar que se extiende por delante de esta ciudad, permanecer atónito durante largo rato, con los párpados muy abiertos, sordo é insensible á todo, en relación directa con Dios, que le revelaban, cual mudo testigo, aquellas tranquilas aguas que se hundían en el horizonte.

Y ¿quién no ha experimentado con la vista emociones profundas; y quién no ha recibido de sus propios ojos enseñanzas útiles, lecciones provechosas que forman una buena parte de sus conocimientos; y quién, en fin, no sabe que la vista acrecienta las afecciones de familia y de nacionalidad, y que sin ella difícilmente concebiríamos la sociabilidad?

La mirada su expresión á la fisono-

mía. Un amaurótico, que tiene ojos pero no vé, parece tener convertido su rostro en máscara, porque carece de ese juego de sonrisas y miradas que son el imán de las personas espirituales. Cuando se trazan los rasgos de cualquier personaje célebre, siempre se acentúan en los ojos aquellos con que se pretende realzarlo, porque nada es más cierto que en los ojos se reflejan el talento y las pasiones. Si miramos á un hombre superior, instintivamente tratamos de descubrir en el cerebro al través de sus ojos la conformación que le ha dado esa aptitud privilegiada; y hâsta en las relaciones familiares, ¡cuántas veces no tratamos de sorprender en la mirada el secreto que guardan los labios!

Pero este órgano de nuestro cuerpo, el globo ocular, tan importante que constituye nuestro modo de ser, es á la vez tan delicado que se halla ordinariamente sometido á múltiples causas destructoras. Bien sea por enfermedades, traumatismos, ó causas profesionales, se observan en él trastornos que pueden llegar á ser fatales para el porvenir de un individuo.

En las escuelas sufren los niños eiertas enfermedades ó trastornos visuales desarrollados por efecto de la clase de trabajos á que en ellas están sometidos. Conviene, pues, que los señores profesores de instrucción primaria tengan una idea de esas afecciones profesionales de los niños, para poner un correctivo á ciertos defectos ó bien para solicitar oportunamente el auxilio de la medicina. Me refiero en particular á la miopía, hipermetropía y estrabismo, que son comunes en la segunda infancia, durante el período eseolar, y que pueden reconoeerse sin neeesidad de conocimientos médicos.

Los maestros, que son los encargados de dirigir la infancia por las vías de la instrucción y del desarrollo intelectual, deben también saber cuidar de la parte material y desarrollar simultáneamente la fuerza física, por que la sociedad requiere hombres robustos y sabios si pueden poseer ambas cualidades á la vez, y porque la experieneia nos ha enseñado que del equilibrio físico é intelectual se obtienen los hombres más perfectos y más útiles al

progreso de la humanidad. Y deben cuidar con especial preferencia de los ojos, que nos llenan de encanto la vida, porque ellos son la puerta de entrada de la sabiduría.

Para hacer comprensibles algunos apuntes de refracción, necesito dar una explicación de detalles que siempre es enojosa, pero que yo trataré rápidamente y con toda la claridad que me sea posible.

El globo del ojo es un aparato de óptica que representa una cámara oscura provista de lentes convergentes en su abertura, y de una pantalla en el fondo. Esa pantalla es la retina ó membrana sensible á la luz.

Los rayos luminosos que de gran distancia llegan al ojo convergen en un foco. Si la retina se encuentra situada justamente en ese foco, el ojo es normal. Pero la retina puede estar situada en un plano anterior, y entonces el ojo es muy corto. O bien el ojo es muy prolongado, y la retina se hallará situada por detrás del foco de los rayos luminosos.

En ninguno de estos dos casos,—*hiper-*

metropía, ú ojo corto; *miopía*, ú ojo prolongado;—funcionan los ojos normalmente, á no ser que con espejuelos apropiados se les coloque en las condiciones del ojo normal.

Los individuos que sufren de estos defectos se valen, para mejorar su vista, de ciertos esfuerzos, de contracciones de los párpados que les imprimen un sello especial, que permiten por lo menos sospechar su existencia.

***

Describiré en primer lugar la hipermetropía y los trastornos funcionales que origina.

La mayor parte de los niños son hipermetropes, y como este defecto es también más común entre los hombres incultos, podría considerársele como un estado primitivo é incompleto de la vista.

El hipermetrope ve bien á todas distancias, pero para conseguirlo necesita un esfuerzo contínuo de la lente convergente con objeto de fijar la imágen de los objetos sobre la retina. El esfuerzo es mayor

cuanto más próximos á los ojos estén los objetos, como sucede con la lectura que, si se prolonga, da lugar á una fatiga de la vista que se conoce en que las letras se aproximan, se confunden, se extiende un velo por delante de los ojos, y se osc urece el libro. Entonces el joven cierra los párpados, coloca los dedos sobre los ojos como para quitarse la pena y la fatiga, y así descansa un momento. Cuando vuelve á leer, la fatiga es cada vez mayor y más rápida, y al fin se hace imposible toda lectura.

Esta fatiga ocular ó *astenopía* no se presenta generalmente hasta la adolescencia, en cuya edad el ojo empieza á perder la poderosa fuerza de contracción acomodativa, que lo distingue en la niñez.

La astenopía se corrige fácilmente con el empleo de lentes biconvexas, de las llamadas generalmente *espejuelos para vista cansada.* El número apropiado se elige por tanteamiento; pero esta elección es en los niños tan delicada como sencilla en los ancianos.

Importa corregirlo para que los alumnos no se vean obligados á disminuir sus

horas de estudio, ó á abandonar las tareas escolares.

***

El *estrabismo convergente*, ó séase vizquera hácia dentro, es otra de las consecuencias á que puede dar lugar la hipermetropía.

La producción de esta enfermedad es compleja; pero lo cierto es que se desarrolla en la época en que los niños empiezan á fijar su atención en objetos pequeños y próximos á los ojos. Así es que la causa más común es la escritura y la lectura; y la edad de su producción, ordinariamente de los tres á los cinco años.

Las familias atribuyen casi siempre á malas mañas de los niños la formación del estrabismo, bien sea mirándose los cabellos que caen sobre la frente, ó imitando á los vizcos, ó á otras causas erróneas, hijas de la falta de observación; pero, aparte del estrabismo producido por fiebres graves y á otras causas no bien conocidas todavía, la mayor parte de los niños afectados lo deben á la hipermetro-

pía, especialmente cuando esta se presenta en diverso grado para cada uno de los ojos.

La corrección de este defecto de refracción se hace todavía más necesaria, porque gracias á su auxilio se puede evitar la formación del estrabismo y su establecimiento definitivo. Cuando un niño empieza á vizquear es el momento más oportuno de curarlo sin otro recurso más que la corrección de su hipermetropía.

Nada más sencillo que reconocer una vizquera, aún cuando esté en su principio. El niño que se fatiga durante la lectura, acerca más el libro á sus ojos, cambia continuamente la posición de la cabeza, y acaba por desviársele un ojo inconscientemente del lado de la nariz, para proseguir con más comodidad su trabajo. En los momentos de reposo sus ojos se conservan en su posición natural. Pero un maestro puede descubrir el estrabismo que se inicia por la observación de los niños durante su trabajo.

En un período más avanzado el estrabismo se observa también en ciertas posi-

ciones de los ojos, después que el niño se ha fatigado con sus estudios; lo que puede reconocerse por la falta de expresión de uno de ellos.

El uso de los espejuelos biconvexos vuelve los ojos á su posición natural, é impide la reproducción de la vizquera.

Es importantísimo para el porvenir de la vista la curación de esta enfermedad, porque el ojo vizco pierde con el tiempo su facultad de ver, por la falta de uso; es decir, que ese ojo que no se emplea en la vista, pierde su sensibilidad para percibir las imágenes de los objetos exteriores.

Estos individuos quedan entonces en el mismo caso que un tuerto. Si bien ven para llenar la mayor parte de las necesidades de la vida, no gozan, sin embargo, de los privilegios de la vista binocular, como son la apreciación del relieve y de las distancias y hasta del tamaño de los objetos. Así es que no podrían llenar cumplidamente ciertas profesiones que necesitan de la perspectiva. Para convencerse de esta verdad pondré un ejemplo: si se coloca á cierta distancia de los ojos

un lápiz por delante un libro, percibiremos ambos objetos como distintos y separados; pero ocultando un ojo, y fijándose detenidamente, se notará con asombro que el lápiz parece estar pintado sobre el libro, como si ambos no formaran más que una sola superficie. A la apreciación de la distancia se debe también que para ensartar una aguja se requiera el empleo simultáneo de los dos ojos, mientras que no se logrará lo mismo con uno solo sino después de enojosos tanteamientos.

Bien se comprende que si tenemos dos ojos no es por simetría, ni por belleza, ni como recurso para caso de perderse uno, sino que de la asociación de ambos resulta una función importante para muchos usos de la vida. Ahora bien, conociendo nosotros la gran utilidad de la vista binocular, debemos esforzarnos porque esta se realice nuevamente en todos los casos en que se produzca una desviación.

Los profesores de primera enseñanza son los que generalmente presencian el inicio de la vizquera; á ellos, pues, corresponde dar el primer aviso y pintar á los

padres la necesidad de un examen completo por persona competente para devolver á los ojos de un modo sencillo el equilibrio turbado. Cuanto antes se acuda al auxilio de lentes correctoras, mayores probabilidades habrá de obtener la curación definitiva de la vizquera, y las esperanzas son grandes mientras ésta sea periódica. Pero cuando el estrabismo se ha establecido de un modo definitivo entonces se hace necesaria una operación para corregirlo. Entre ambos medios, la elección no es dudosa: pero si ha de ser útil debe acudirse inmediatamente que se observe al empleo de lentes.

Miopía.—Para terminar estas notas sobre la refracción ocular sólo me resta ocuparme de la miopía. Este punto de oculística es de una importancia tan capital que desde hace algunos años viene siendo objeto de profundos estudios por parte de los oftalmólogos más distinguidos. Yo lo trataré rápidamente, como lo requiere la índole de este trabajo y la menor gravedad de la miopía en Cuba.

La miopía, como todo el mundo sabe.

no es más que la imposibilidad de distinguir á lo lejos á simple vista. Pero de cerca el miope distingue perfectamente.

La miopía es excepcional en la primera infancia. Se desarrolla cuando el jóven se entrega á trabajos asíduos. Como en nuestro país la enseñanza elemental no está recargada con trabajo excesivo, los maestros no la observarán con frecuencia en sus alumnos.

Pero en los casos que se presente es fácil reconocerla. Un niño que para leer acerca su libro á los ojos más de lo natural, y que además se queja de no distinguir los números ó letras de la pizarra desde su puesto, es miope.

Una vez reconocida la miopía en un niño, interesa averiguar si es hereditaria, porque en este caso se hace rápidamente progresiva, y puede alcanzar un grado elevado, que la convertiría en una enfermedad enojosa, si no se remedia oportunamente en el principio de su desarrollo.

Si un niño se queja de no poder distinguir lo que se escribe en la pizarra, nada más natural que sentarlo á una distancia

conveniente para que pueda serle provechosa la enseñanza. Pero es aún preferible, si el niño tiene más de nueve años, disponerle espejuelos que coloquen su vista en las condiciones de una vista ordinaria. Mediante los cristales podrá ver á todas las distancias, fijarse en la expresión del profesor, pues bien sabido es la parte activa que en la enseñanza toma la mímica; distinguirá la pizarra, y verá con claridad los cuadros ó mapas que adornan las aulas. En las clases de aritmética y geografía sería evidente el beneficio que obtendrían los niños miopes usando los espejuelos apropiados.

Conviene que no los usen más que en las clases cuando necesitan ver á distancia, porque el uso de los lentes, sobre todo en la niñez produce rápidamente una fatiga muscular que sería más perjudicial, si se repite con frecuencia, que el mismo mal que se trata de corregir. Para evitar esa fatiga ó astenopía sería preferible el uso de *lentes de mano* que solamente usaría el niño en el momento preciso de distinguir á alguna distancia.

Durante la lectura es inútil el uso de los espejuelos porque los miopes ven bien de cerca, y hasta sería perjudicial porque necesitarían entonces los ojos consumir una mayor fuerza acomodativa.

Como ya he dicho que la miopía no es común durante el período de la primera enseñanza, más bien que la curación debemos durante la infancia evitar las causas capaces de producirla. Con este fin deben cuidar los señores profesores de que durante la lectura reciban los libros suficiente luz difusa para que los niños puedan ejercer este acto sin gran fatiga. Y por la misma razón no debe prolongarse la lectura ni ningún trabajo escolar durante mucho tiempo. La movilidad es propia de la naturaleza de los primeros años, así es que todo progreso que se violente con gran número de horas de trabajo, es completamente ilusorio.

Para la escritura conviene que el papel reciba la luz suficiente por el lado izquierdo para que la pluma no proyecte sombra sobre el trazado de las letras. Debe procurarse igualmente que la impresión de

los libros destinados á los niños sea clara y buena, y en caractéres bien negros, y más bien grandes que pequeños.

En caso contrario, tanto para la escritura como para la lectura, los niños necesitarían acercarse demasiado el libro para distinguir bien, y por consiguiente se verían forzados á hacer esfuerzos extraordinarios de acomodación y convergencia que producirían una rápida fatiga, y que podrían originar la miopía en los niños predispuestos.

Preceptos de higiene sanos y oportunos son preferibles á los mejores remedios. Estos preceptos pueden aplicarse á la miopía tan ventajosamente como los que para la hipermetropía hemos indicado.





Hospital "Santa Isabel" de Cárdenas

(*Publicado en la «Revista de Ciencias Médicas» en Mayo 2 de 1891.*)

Este Hospital, el único que posee dicha ciudad, es de capacidad suficiente para su población de 20,000 almas.

Hállase situado hacia el NO. de la ciudad, ya hoy dentro de la misma, y á un costado de la Calzada de O'Donell, que es una de sus principales vías.

Este edificio, que se inauguró el 26 de Diciembre de 1862 por el Coronel Verdugo, de grata memoria, es un vasto rectángulo dividido en salones que afluyen á una espaciosa galería interior que cierra el jardín.

El ala derecha se ha destinado á pensionistas, y á varones blancos pobres; en el ala izquierda están las salas de militares y mujeres blancas, y una sala para operados.

En 1883 se construyó en el extremo norte del Hospital un vasto salón, elevado sobre un sótano, y con galería al gran patio exterior, destinado á servir en casos de epidemia; pero que actualmente ocupan los enfermos de color de ambos sexos.

El edificio es de cantería, y de planta baja, de paredes gruesas, sin sótanos, á no ser en el salón nuevo y en una parte de las habitaciones del fondo.

Ocupa una manzana de casas. Se halla por consiguiente suficientemente aislado por cuatro calles. Y lo está más aún por los jardines que adornan la fachada y costados laterales, sembrados de plantas menores y arbustos. Otro jardín interior, en el patio principal, mantiene la temperatura fresca y un aire puro. Es decir, que reune buenas condiciones higiénicas en general, que serían irreprochables si tuviesen mayores dimensiones las ventanas que se abren á los jardines laterales, por cuan-

to circularía libremente el aire en las salas de los enfermos.

Al fondo del cuerpo principal del edificio en un saloncito circular, se ha establecido un botiquín bien surtido. En el ala derecha están el cuarto de baños y la cocina, en el mayor orden y aseo.

El salón nuevo, adicionado recientemente, de 70 varas de largo, reune las condiciones higiénicas más apropiadas para el tratamiento de los enfermos, ya por su piso levantado del nivel del suelo, ya por su abundante ventilación.

Pero debemos aún decir dos palabras de la galería del fondo para censurarla. Situada al mismo nivel de un patio estrecho, es un cuerpo bajo de techo y de poca anchura donde se hallan situados en pequeños departamentos, la ropa de los enfermos, lavaderos, una sala para mujeres de color, cuartos para necesidades accidentales (actualmente se encierra un loco en uno de ellos), los escusados, y en fin, la sala de autopsias en un sótano escaso de aire y de luz. Pero en honor de la verdad debemos añadir que esta parte del

Hospital, á pesar de su fatal disposición se mantiene en el mejor estado de limpieza tanto por el Profesor médico Dr. Octavio Smith, como por el personal administrativo.

Las camas son de hierro, del modelo que habitualmente se usa en estos asilos, con barandillas para mosquiteros. No todas las salas comunican entre sí, pero cada una de ellas tiene puerta independiente á la galería del patio central. La alimentación es abundante y sana.

No pasaremos en silencio que este Hospital construído por la iniciativa particular, cuenta con recursos propios para llenar sus atenciones.

El personal se compone de un médico que actualmente lo es mi distinguido amigo el Dr. Smith, que lleva sobre sí el penoso trabajo de atender á los 80 ó 100 enfermos que de ordinario reciben tratamiento en el Hospital. Todos los hospitales de nuestras poblaciones del interior adolecen de deficiencia numérica en el personal facultativo.

Un administrador nombrado por la

Junta de Sanidad dirige el régimen interior del Estableeimiento. Y en fin, el servieio religioso y doméstieo está á cargo de un capellán y quinee Siervas de María.

En este Hospital han sido asistidos desde el 1º de Enero de 1863, époea de su fundación, hasta el 1º de Enero de 1889, un total de 10,967 enfermos, clasificados del modo siguiente:

Blancos...	Varones...............	8,755
	Hembras	423
De color..	Varones...............	1,337
	Hembras	452
	TOTAL..... .	10,967

En el número de varones blaneos quedan ineluídos los militares, que sobre todo en la estaeión de verano dan un abundante eontingente de enfermos.





La oftalmía purulenta de los recién-nacidos

Consejos higiénicos á las madres

(*Publicado en «El Hogar» en Enero de 1891*)

De todos los preceptos higiénicos, ninguno es tan esencial como el aseo. La limpieza del cuerpo por medio de los baños favorece las funciones de la piel, y protege el organismo contra múltiples enfermedades. Las modernas doctrinas médicas han demostrado la importancia trascendental de la antisepsia y de la asepsia, ó séase de la *perfecta limpieza*, para precaver afeciones que sin ella serían inminentes, particularmente en los casos de existir heridas en la piel ó las mucosas. Como ejemplo bastará citar de las enfermedades

mortales, entre otras, la septicemia y el tétanos.

Hay otra afección, que sin arrebatar la vida material, cierra al hombre, apenas llegado al mundo, la puerta que conduce á la fuente más pura de los placeres, inutilizando el órgano destinado á la contemplación de la naturaleza, á la percepción de la forma y de los colores, á la apreciación de las distancias, á permitir, en fin, las relaciones sociales.

Apenas nace el niño se practica la limpieza del cuerpo. Pero respecto de los ojos se limitan á lavar y á frotar la superficie extrema de los párpados. La conjuntiva permanece ajena á esta operación. Y sin embargo, en ella está el peligro.

En estos casos, á los tres días de nacido se inflaman los párpados, el niño no puede abrirlos y bien pronto se establece la supuración.

Si en este momento no se ataca la enfermedad con energía, el pus destruirá la córnea, el ojo quedará envuelto en una nube blanca y la vista quedará muy defectuosa ó totalmente perdida. Y ese po-

bre sér quedará privado de ejercer sus aptitudes para la lucha por la vida, y en vez de un miembro útil será una carga para la sociedad.

De un 30% á un 40% de los ciegos en diversas regiones de Europa lo son por consecuencia de oftalmía purulenta de los recién-nacidos.

Según los estados publicados por el Sr. Biosca, había en 1880 en toda la Isla 440 ciegos. Considerando que solo una tercera parte lo sean por esta enfermedad, resultaría que la oftalmía purulenta había dejado en esa época más de 150 ciegos. Calcúlese cuál sería el número de enfermos, puesto que hay que descartar los bien asistidos, que curan siempre, y otros que solo quedarían lesionados de un ojo.

La ignorancia del peligro ha llevado la desolacion al hogar con demasiada frecuencia.

¡Cuántas veces somos consultados por madres con sus niños en brazos, que solicitan nuestro auxilio cuando ya la ceguedad es irremediable!

Y este accidente, sin embargo, es fácil

de evitar, y la enfermedad se cura, siempre que se acude oportunamente al remedio. Y hasta puede prevenirse con seguridad el desarrollo del mal, cuando se teme el contagio por parte de la madre.

En efecto, hoy es bien sabido que los flujos vaginales, son la causa de la oftalmía purulenta cuando al verificarse el parto se han puesto en contacto inmediato con el ojo del niño, ó bien las secreciones de la madre, detenidas en el ángulo interno de los ojos y en las pestañas penetran en el ojo al abrirlos el niño, ó bien se debe á una limpieza imperfecta de la región.

El primer cuidado que ha de tenerse para impedir que se produzca la oftalmía purulenta, será por consiguiente la antisepsia de la vagina de la mujer embarazada por medio de inyecciones frecuentes con agua fenicada ú otras lociones que obtengan la limpieza del conducto y neutralicen los efectos perjudiciales de la leucorrea.

Una vez verificado el parto y lavado el cuerpo del niño, se limpiarán con un pa-

ñuelo fino humedecido en agua pura los párpados y las pestañas, habiéndose antes lavado cuidadosamente las manos la comadrona ó asistenta.

Después de esta primera limpieza, se dejará caer sin temor sobre los ojos, abriendo los párpados, una gota de la solución siguiente, que se tendrá con anticipación en el cuarto de la enferma:

Nitrato de plata, veinte centígramos.

Agua destilada... diez gramos.

Rotúlese:

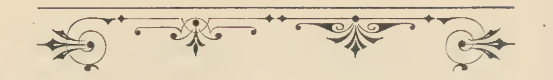
Colirio para recién-nacidos.

Este tratamiento profilático, propuesto y practicado por el Dr. Crédé, ha merecido universal aceptación por sus beneficiosos resultados.

Pero si no se ha seguido esta práctica, ó se ha hecho sin esmero, y se nota que al tercero ó cuarto día del nacimiento se inflaman los párpados del niño y aparece supuración, no se piense en un catarro por el agua de la fuente, como vulgarmente se dice, sino que es deber de la comadrona y de la madre solicitar sin pérdida de tiempo los auxilios del médico, que con

certeza puede evitarles lágrimas que derramar y un cargo de conciencia por no haber puesto los mejores medios en pro de la salud de sus hijos.





LOS COLIRIOS VULGARES

(*Publicado en «El Hogar» en Marzo 8 de 1891.*)

Es la regla seguida por el vulgo no acudir al médico mientras considera sus padecimientos de escasa importancia. Este modo de proceder obedece á ignorancia, á razones de economía ó á malos consejos.

Nada, sin embargo, es más económico que los auxilios de la medicina en el principio de las enfermedades. Combatidas éstas en su origen, se evitan sufrimientos crónicos ó incurables.

En cualquiera enfermedad, por sencilla que parezca, es conveniente por lo menos un reconocimiento médico, para que el enfermo sepa las consecuencias que aque-

lla pueda tener, siga el plan que se le prescriba, y conserve la tranquilidad que da el diagnóstico y pronóstico de su afección. Apruebo la conducta de las personas cuidadosas de su salud que acuden al médico apenas notan un trastorno orgánico, cuyo alcance no pueden apreciar.

Los consejos del vulgo son causa con harta frecuencia de agravaciones y complicaciones contra las cuales no siempre es poderosa la medicina.

La ciencia es difícil y vasta, y requiere suma atención y observación esmerada por parte de los que la cultivan; de aquí la consagración de hombres eminentes al estudio de enfermedades de regiones determinadas del cuerpo. Solo así es posible sumar con provecho á la propia la experiencia de los sabios.

Los juicios del vulgo son erróneos. Desconociendo la extructura y función de los órganos, es de todo punto imposible conocer sus alteraciones, y en consecuencia, instituir un tratamiento racional.

De aquí se desprende naturalmente que los remedios caseros, con frecuencia

inútiles, son muchas veces perjudiciales.

Es común en una clínica especial de oftalmología la necesidad de combatir enfermedades agravadas ó producidas por colirios ordenados por personas ignorantes y seguidos sin reflexión por los enfermos.

Entre los remedios vulgares contra los ojos hay algunos, el agua serenada, el agua de rosas, el de vicaria, que al menos producen el beneficio de limpiar la parte enferma, y solo por este hecho son medicamentos buenos, aunque de escasa acción curativa. Hay otros, como cocimientos de saúco, de té, etc., que además de producir la limpieza, obran por la acción emoliente propia de estas sustancias, aumentada cuando se emplean tibias ó calientes. Este es un buen recurso que con frecuencia forma parte del tratamiento que se usa contra las inflamaciones de las membranas externas de los ojos.

Pero en medicina esto no basta. De la ineficacia de un tratamiento es culpable el que lo prescribe, cuando la ciencia conoce la enfermedad y el modo de curarla. En la oftalmía de los recien-nacidos, por

ejemplo, suelen usar los familiares el agua de rosas simplemente exponiendo á dejar nubes en la córnea y hasta la pérdida de la vista, mientras que el nitrato de plata metódicamente empleado por el facultativo conseguirá curar, conservando á los ojos la integridad de sus funciones.

Si las sustancias de que acabo de ocuparme solo pueden tacharse de ineficaces, hay desgraciadamente otros remedios vulgares, cuyos efectos son desastrosos aplicados á los ojos.

El acetato de plomo líquido, vulgarmente llamado extracto de Saturno, es el colirio favorito de los profanos contra todas las *cegueras*. Su acción astringente es utilísima si se emplea con discernimiento; la rapidez de las curaciones ha logrado popularizarlo; pero de este más que de ningún otro medicamento hay que proscribir el abuso. Basta en efecto una ulceración de la córnea, una simple descamación de su epitelio, que fácilmente pasa desapercibida á las personas poco experimentadas, para que se forme un depósito de plomo en forma de nube, que impide la vista,

que muchas veces es causa de linfangitis y consecutivamente de atrofias del ojo, cuyos depósitos no pueden desprenderse si no es por una operación que no siempre cura radicalmente.

Estos casos son bastante frecuentes para que se condene decididamente su uso.

No me propongo, citar todos los remedios perjudiciales porque la lista sería larga; basta indicar los más usados y señalar los inconvenientes que presentan. Terminaré refiriendo un caso de pérdida del ojo por haber usado uno de los remedios más populares entre el vulgo.

Una jóven que padecía *leucorrea* (flujo blanco) había pasado dos malas noches velando á un enfermo. Se quejaba en una conversación de la mucha irritación que le había quedado en uno de los ojos, y una vecina se apresuró á aconsejarla que se lavase el ojo enfermo con sus propias orinas. Así lo hizo y no tardó en presentarse una oftalmía purulenta que acabó por dejar el ojo, tras indecibles dolores, cubierto de una nube y con la vista perdida para siempre.

ESTADISTICA



ESTADISTICA OFTALMOLÓGICA

(*Leído en la Academia en sesión del 27 de Marzo de 1887, y publicado en sus Anales en Abril.*)

Sr. Presidente, Sres. Asociados.

Voy á exponer una estadística de enfermedades de los ojos, obtenida sobre 500 indivíduos, que ordenada y clasificada nos ha de demostrar el estado de las afecciones oculares en Cuba, bajo los siguientes puntos de vista: frecuencia, edades, sexos, razas.

Las enfermedades de los ojos son comunes, en este país. Durante dos años seguidos que ejercí la profesión en una comarca de 25,000 almas, he inscrito 500 pacientes,

lo que da para un año la proporción de un enfermo por cada cien habitantes.

Estos 500 enfermos padecían 622 enfermedades; es decir, que estaban en la proporción de 1:1,24 ó sea cinco enfermedades por cada cuatro individuos.

Total de enfermos	Total de enfermedades	Relación entre enfermos y enfermedades
500	622	$\frac{1}{1.244}$

Amenudo, en efecto, se observan sobre la misma persona dos y tres padecimientos: nada más común que la coincidencia del pterygión, anomalías de refracción, ó afecciones palpebrales con otras enfermedades de los ojos; ó bien entropión, conjuntivitis, exoftalmias, leucomas, presentándose como complicaciones ó terminaciones de otras enfermedades; ó ya también se observan afecciones distintas en cada uno de los ojos.

Casi todas las enfermedades de la vista están incluídas en estas observaciones,

sin embargo del escaso número de individuos que les sirven de base. Para demostrar la frecuencia de cada una de estas enfermedades en el país, y á la vez su proporción con las afecciones oculares observadas en otras regiones, incluyo adjunto un cuadro comparativo de estadísticas de Francia (Galezowski), Polonia (Rydel), y ésta que yo he sacado para Cuba.

Las afecciones oculares más frecuentes entre nosotros son las de la conjuntiva 26%, de la córnea 19.6%, del cristalino 11%, de los párpados 9.6%, del globo ocular 6.3%, y del iris 5%. Siguen decreciendo en el orden siguiente: de los músculos motores, de la coroides, ambliopías diversas, defectos de refracción. Y en fin, han sido las menos frecuentes: las enfermedades del aparato lacrimal, nervio óptico, cuerpo vítreo, retina, nervios de la cara y esclerótica.

En el grupo de afecciones de la conjuntiva incluyo con el nombre de *oftalmías* las querato-conjuntivitis catarral, purulenta, flictenular y granulosa, porque siempre padecen ambas membranas si-

multánea ó sucesivamente; así vemos las flictenas situadas unas veces sobre la córnea y otras sobre la conjuntiva; las granulaciones, si no se tratan convenientemente, se extienden á la córnea; y la conjuntivitis purulenta abandonada á sí misma, se complica de lesiones graves de aquella membrana.

Es muy común una conjuntivitis aguda, epidémica, vulgarmente llamada *ceguera*, que ataca con especialidad á los niños, y se manifiesta con enrojecimiento y tumefacción de las conjuntivas palpebral y bulbar, fotofobia que obliga á mantener los párpados cerrados, lagrimeo abundante y supuración conjuntival, dolores como hincadas, y á veces tumefacción palpebral.

Es contagiosa: generalmente ataca á todos los niños de una misma casa y de las casas vecinas, y, aunque con menos frecuencia, también á los adultos. Aparece con irregularidad en cualquiera época del año, y comunmente queda limitada en pequeños focos; sin embargo, el Dr. Plana, de Sagua, me refiere que en 1884 hubo en Lajas, población de 2,000 almas, una

epidemia de *ceguera* tan generalizada, que atacó á todos los niños y á muchos adultos. Esta afección es benigna, al menos en los casos que yo he observado, que curaron en quince ó más días con lociones astringentes y cuidados higiénicos.

También es frecuente en niños linfáticos la oftalmía flictenular, que casi siempre son pustulitas sobre el borde esclerocorneal inferior. Pero es más rara y menos grave que en Europa la oftalmía granulosa, que muy pocas veces he visto complicarse de pannus y pérdida de la vista.

Otras de las afecciones conjuntivales más frecuentes es el pterygion, que se halla constantemente situado sobre el diámetro horizontal del globo en todos sus grados de desarrollo, desde simple pinguécula hasta cubrir la mitad de la córnea.

Entre las afecciones de la córnea son comunes las úlceras, particularmente en los chinos; y leucomas, que se observan en todas las edades y que son una prueba más de la frecuencia de las úlceras corneales. Y también llama la atención la abun-

dancia de atrofias de la córnea, cuya proporción se eleva á cerca de 2%.

Las enfermedades del cristalino se refieren casi exclusivamente á la catarata. La frecuencia de esta afección es por consiguiente muy notable. Creo que su causa reside en la desecación del cristalino, que en este país es más rápida por la abundancia de la transpiración cutánea, y sobre todo por la influencia del calor solar, que es intenso durante la mayor parte del año (24° C., temperatura media á la sombra), por lo cual esta enfermedad ataca en mayor proporción á los habitantes del campo, á los marinos, que sufren además el reflejo de las aguas, y á los cocineros, que soportan el calor de los fogones. Un ejemplo de la influencia del calor solar es el de un individuo que me consultó, el cual durante varios años había sido empleado de correos con vista excelente, pero que después se dedicó al cultivo de una estancia donde hacía él mismo las labores y quemaba la paja de sus campos todos los años; pues bien, al calor que desprendía esta última opera-

ción, atribuyó que á los dos años de ocuparse de esos trabajos comenzaran á desarrollarse cataratas dobles que se completaron en breve tiempo, sin embargo de que el paciente apenas contaba 43 años.

Muchos de los cataractados atribuyen su enfermedad al exceso de calor, y esta opinión es de valor si se considera que gran parte de los atacados están sometidos por mucho tiempo á la acción de dicho agente. Y además el haber observado que la mayor parte de estos enfermos son delgados, me ha sugerido la idea de que la desecación del cristalino, que inevitablemente se acompaña de opacidad (catarata dura), es la causa de dichas cataratas, que se observàn exclusivamente en los ancianos, edad en que los tejidos son más secos, las carnes enjutas, en que aparecen las arrugas en la piel por haberse consumido la grasa subcutánea, y los huesos son más rígidos y quebradizos.

Las enfermedades de los párpados son variadas y frecuentes. El orzuelo es de los más comunes; y sujeto á frecuentes recidivas que se suceden con varios días de

intervalo, y reaparecen todos los años en las personas predispuestas.

Es notable también la proporción en que figuran las enfermedades del globo ocular, comprendiéndose en este grupo los traumatismos, tumores y atrofias. Estas últimas cuentan 19 casos sobre 500, proporción que desde luego llama la atención por lo elevado de la cifra, y que se comprende sea debida, más que al abandono de los enfermos ó á la gravedad de las enfermedades, al atraso en que aquí vivimos respecto á la oftalmología. Si se instituyese en nuestra Universidad una clínica obligatoria de esta ciencia, donde se enseñase á los alumnos la práctica diaria de enfermedades de los ojos, y se estableciese en cada Provincia un dispensario oftálmico oficial, disminuiría rápidamente el número de esos seres desgraciados que pasan á ser miembros inútiles de la sociedad.

De las iritis, la más frecuente es la iritis simple, que me ha parecido á veces depender del paludismo, especialmente en cuatro casos que atacó á campesinos

en la época de las lluvias. Esta iritis es benigna; se reconoce por ser monocular, por los dolores periorbitarios, por la inyección periquerática profunda, por el cambio de coloración del iris, cuya superficie se hace rugosa y pierde su brillo natural. No he visto formarse sinequias, pero la pupila permanece contraída y es perezosa. La fotofobia, aunque no intensa, mantiene el orbicular en contracción. Dura muchos días; algunos enfermos han venido á consultarme á los 20 y 30 de enfermedad sin que esto haya ocasionado trastornos graves, y sin que los pacientes hayan sufrido mucho de los dolores, que nunca son intensos.

Al tratamiento clásico de la iritis uní en estos casos el uso interno de la quinina; pero aunque curaron los enfermos, doy poco valor al tratamiento, porque en ningún caso fué demostrativo (1); y además, por la benignidad de la afección, creo

(1) Posteriormente he publicado otros trabajos sobre Paludísmo ocular confirmando las iritis de dicho origen.

que igualmente hubieran curado sin medicación.

Otra de las afecciones comunes en Cuba es el glaucoma. He observado esta enfermedad con todos sus caracteres tan evidentes, que hacen fácil el diagnóstico; con frecuencia la excavación de la papila es típica. Ataca principalmente á las razas negra y blanca. En general se desarrolla insidiosamente: es el llamado crónico simple. Cuando es agudo se le conoce con el nombre de *punzada de clavo*; pero esta denominación carece de valor diagnóstico, porque también sirve entre el vulgo para designar la queratitis ulcerosa grave, que es muy dolorosa y produce perforación de la córnea.

Si un ojo ha padecido algún ataque glaucomatoso, cualquier traumatismo, como la extracción de la catarata, por ejemplo, puede reproducirlo, á veces con tal violencia que se llegan á agotar todos los recursos terapéuticos sin obtener resultado favorable. He adquirido esta convicción por la observación de los enfermos á quienes extraje ambas cataratas, y presentaron

un ataque de glaucoma sobre el ojo que anteriormente había padecido.

En el grupo de ambliopías incluyo aquellas afecciones con disminución de la vista, en las que no he descubierto lesiones ni me he atrevido á formular un diagnóstico. Este grupo, que revela la insuficiencia de los medios de diagnóstico y denuncia nuestra ignorancia, aparte de que me sugiere dudas respecto de ciertas ambliopías, no haré más que citarlo en este trabajo.

Las afecciones lacrimales, que no son muy comunes entre nosotros, se observan con más frecuencia en la raza blanca.

Del examen del cuadro comparativo de nuestras afecciones oculares con las de otros países, resulta que han sido en Cuba algo más frecuentes las enfermedades de los párpados, del nervio óptico, del vítreo. Si bien hay gran diferencia en las afecciones del cristalino entre Francia y Cuba, es casi igual, la proporción para Polonia, sin embargo de ser este último

un país frío, que parece desmentir la causa que he supuesto anteriormente.

La gran diferencia que para estas enfermedades existe entre Francia y Polonia, indica que una estadística aislada tiene solo un valor relativo, y que para obtener el promedio más exacto, se necesita la agrupación de muchas estadísticas basadas sobre un número considerable de enfermos. Repetidas veces se observa en este cuadro que esas regiones de Europa, á pesar de tener más puntos de contacto por su clima y costumbres, presentan sin embargo entre sí diferencias más notables en oftalmología que lo que cada una de ellas tiene para con la Isla de Cuba.

Entre nosotros han sido mucho más frecuentes las afecciones del globo ocular y de los músculos motores. Pero se han presentado en menor proporción las de la córnea, coroides y defectos de refracción, y no he observado ninguna afección de la órbita.

Atribuyo la mayor frecuencia de las afecciones de la córnea en Europa á que generalmente son de naturaleza diatésica

y más propia de las clases miserables, que en aquellas regiones frías, por el hacinamiento y otras circunstancias, se hallan en peores condiciones higiénicas que nuestras clases pobres, que gozan de un aire más puro y de le influencia benéfica de un sol vivificador.

La mayor parte de los enfermos que por vicios de refracción acuden á las consultas, son algunos hipermetropes que vienen por astenopía, y principalmente miopes, cuando la miopía es progresiva, como sucede con frecuencia en Europa, que es el país donde más se abusa de los trabajos de aplicación. En Cuba la miopía no es tan común, ni apenas se observan esos grados elevados con copos del vítreo y otros desórdenes que la hacen considerar como una enfermedad grave.

En resúmen, estas observaciones demuestran que las afecciones oculares se presentan, con pequeñas diferencias, en la misma proporción en Cuba que en Europa. Las diferencias más notables fueron: de aumento para Cuba, lesiones del globo ocular, estrabismo, cataratas y am-

bliopías. Y fueron más frecuentes en Europa las enfermedades de la coroides y vicios de refracción.

Edades.—Las afecciones de los ojos se observan en todas las edades, desde las primeras horas del nacimiento (oftalmía purulenta) hasta una senectud avanzada (catarata senil).

EDADES	Número de enfermos	Proporción por 1000 en toda la población
Infancia (hasta 15 años)..	98	348
Virilidad (de 15 á 50 años)	272	580
Senectud	130	72
TOTAL.........	500	1000

El cuadro adjunto nos enseña la proporción en que las diversas edades sufren las afecciones oculares en Cuba. En el mismo cuadro incluyo la proporción en que están representadas las diversas edades por 1,000 habitantes en la masa de la población.

De la comparación de ambas columnas resulta que los impúberes solo figuran con la mitad de los casos que debieran corresponderles por su número; los adultos aparecen casi en proporción exacta con su población; pero los ancianos tienen en la columna de enfermedades un número tres veces y medio mayor que en la columna de la población. De modo que si, guardando siempre la misma proporción, representamos por 1 las afecciones de la infancia, le corresponderían 2 á la edad adulta, y 7 á la vejez. Estas proporciones se refieren únicamente á mi estadística.

Las afecciones más comunes de la infancia fueron: las escrofulosas, localizadas en las membranas externas, de los párpados, y el estrabismo convergente. En la virilidad: las neuralgias, chalazión, orzuelos, xantelasma, traumatismos, pterygion, iritis, coroiditis, retinitis, hemorragias profundas, neuritis, ambliopías, atrofias, astenopias. Y en la vejez: las cataratas, glaucomas, ectropión, estrechez del canal nasal, conjuntivitis crónicas, parálisis y

muchas de las señaladas para los adultos. Los leucomas se observan en todas las edades.

CUADRO COMPARATIVO

DE LA FRECUENCIA DE LAS AFECCIONES OCULARES

ENFERMEDADES	PROPORCION POR 100		
	Francia	Polonia	Cuba
Nervios de la cara.	1.2	....	1.3
Vicios congenitales	0.001	....	....
Párpados......	9.0	8.63	9.6
Aparato lacrimal ..	4.2	1.68	1.8
Conjuntiva..........	22.2	32.71	26.0
Córnea..............	30.2	22.66	19.6
Esclerótica	1.4	0.78	1.1
Iris....	5.2	4.91	5.0
Coroides.......	5.0	5.00	3.7
Retina	1.3	4.10	1.4
Nervio óptico.......	1.3		1.8
Cuerpo vítreo.......	1.2	0.88	1.6
Cristalino	6.4	10.10	11.0
Ambliopías	1.3	0.38	3.3
Músculos motores..	2.1	1.25	4.1
Globo ocular........	0.2	2.08	6.3
Orbita................	0.002	0.16	....
Refracción..........	8.0	4.58	2.4
TOTAL.......	100.4	99.90	100.0

La frecuencia de las enfermedades de los ojos sigue, por consiguiente, la misma proporción que las edades, es decir, que

á mayor número de años corresponde mayor frecuencia de enfermedades. Lo mismo puede decirse de la gravedad, pues la vejez es la edad de las glaucomas, de los tumores, y por la menor resistencia vital la de más exposición á las supuraciones de las heridas de la córnea.

Sexos.—La mayor parte de las enfermedades de los ojos se presentan en el sexo masculino. Las hembras solo figuran con poco más de la mitad de los casos. Esta desproporción se explica, porque el hombre está más expuesto á las causas de las afecciones oculares, bien sean traumáticas, profesionales ó constitucionales.

SEXOS	Número
Varones.............	307
Hembras.............	193
TOTAL....	500

Aunque no he tomado nota de las profesiones de todos los enfermos, puedo asegurar que las afecciones de la vista son

comunes sobre todo en los campesinos, y también se observan con frecuencia en los oficios mecánicos, con especialidad en aquellos que exponen más directamente al polvo y al calor. De modo que estas enfermedades atacan de preferencia á los pobres, como ya antes hemos dicho que son más frecuentes en los varones y en los ancianos, y como más adelante diremos que predominan en las razas blanca y china.

Razas.—Las cuatro razas que habitan nuestro suelo presentan diferencias en la frecuencia y clase de enfermedades oculares que padecen.

RAZAS	Enfermos
Blanca	356
China	20
Mulata	53
Negra	71
TOTAL	500

Estas razas están desigualmente repre–

sentadas por su número en la población; así es que, para hacer más comprensible el cuadro, conviene obtener la referencia á una unidad. Si suponemos que sea ésta la raza blanca, tendríamos las cifras siguientes para las otras razas.

Blancos....................	356
Chinos.....................	360
Mulatos....................	250
Negros.....................	213

es decir, que las afecciones oftálmicas atacan con igual frecuencia á las razas blanca y china; y son más raras en la mulata y negra, particularmente en esta última, que solo representa los 6/10 de las primeras, aproximadamente.

Esta raza, que la naturaleza ha dotado de una robusta constitución física, y de mayor grado de resistencia á las enfermedades, es, así como la mulata, la que sufre menos de los ojos, sin embargo de que su miseria, su apatía y las peores condiciones higiénicas en que generalmente vive, son circunstancias apropiadas para el desarrollo de múltiples afecciones oculares.

La raza china, en cambio, á pesar de su exiguo número, de sus aficiones comerciales que le permiten llevar una vida sosegada, y de la repugnancia que tiene á consultarse con los médicos de raza blanca, es la que proporcionalmente sufre más del órgano de la vista; y esas afecciones son más graves que en las otras razas, como lo demuestra, sin necesidad de estadísticas, el considerable número de sus individuos ciegos que imploran la caridad pública.

Respecto á la clase de enfermedades que atacan á cada raza y á su frecuencia relativa, incluyo al final un cuadro demostrativo;—y además, este segundo cuadro destinado á evidenciar la proporción en que las enfermedades oculares se presentan en las diversas razas.

RAZAS	Enfermedades.	Proporción.
Blanca.	429	1.00
China	612	1.42
Mulata	316	0.74
Negra	276	0.64

Tomando por unidad los enfermos de

raza blanca, formaríamos, proporcionalmente á la población de cada raza, el adjunto cuadro, que nos enseña que la raza china ha padecido casi una mitad más de enfermedades que la blanca, mientras que las afecciones sufridas por la raza negra solo ascienden á 64% de las que ha padecido la blanca. De modo que las razas china y negra son los dos polos opuestos respecto al número de enfermos examinados y al número de enfermedades padecidas.

Del estudio del cuadro de las afecciones padecidas por cada raza, se deduce que en la blanca fueron más frecuentes las afecciones de la conjuntiva, esclerótica, retina, cuerpo vítreo, cristalino, ambliopías, músculos, motores y globo ocular.

En la raza china, fueron más comunes las enfermedades de la conjuntiva. de la córnea, cristalino, globo ocular. Es considerable el número de afecciones queráticas que padecen los chinos, y tal la tendencia á la supuración y destrucción de dicha membrana, que en ellos es arriesgada cualquiera operación sobre el globo. El escaso número de chinos que figuran

en esta estadística, no permite sacar conclusiones de valor, así es que me limito á hacer constar la frecuencia de afecciones queráticas.

AFECCIONES DE LOS OJOS EN LAS DIVERSAS RAZAS EN CUBA

RAZAS	AFECCIONES																TOTAL DE ENFERMEDADES
	Nervios de la cara	Párpados	Aparato lacrimal	Conjuntiva	Córnea	Esclerótica	Iris	Coroides	Retina	Cuerpo vítreo	Nervio óptico	Cristalino	Ambliopías	Músculos motores	Globo ocular	Refracción	
Blanca	4	40	9	111	78	6	22	14	8	10	5	48	13	22	26	13	429
China.........	...	...	...	9	13	1	1	1	...	1	...	5	...	...	3	...	34
Mulata.......	4	8	1	17	14	...	3	1	...	1	...	2	5	3	6	2	67
Negra	1	2	2	25	18	...	6	8	1	..	5	14	3	1	5	1	92
TOTAL ...	9	50	12	162	123	7	32	24	9	12	10	69	21	26	40	16	622

En la raza mulata fueron frecuentes las

neuralgias de la cara, las ambliopías; pero raras ó nulas, las enfermedades del aparato lacrimal, cristalino y membranas profundas.

En los negros fueron más comunes los padecimientos de la coroides, del nervio óptico. Las cataratas se presentaron con casi igual frecuencia que en la raza blanca. Pero fueron raras en ellos las enfermedades de los párpados, del globo, el estrabismo y los defectos de refracción.

Resulta, pues, que según estas notas, hay afecciones que atacan instintivamente á todas las razas con igual frecuencia, como sucede con las del iris; otras que son comunes á varias razas, como las del cristalino y de la coroides para los blancos, chinos y negros mientras que en los mulatos son raras; y en fin, otras que son mucho más frecuentes en una raza que en las demás, como las de la retina y estrabismo en la blanca, de la córnea en la mongólica, las neuralgias en la mulata, y del nervio óptico en la negra.

Pero confieso que soy el primero en reconocer que estas consideraciones sobre

ESTADISTICA OFTALMOLOGICA.—500 ENFERMOS

ENFERMEDADES	SEXO		RAZAS				TOTAL
	V.	H.	B.	Ch	M.	N.	
Neuralgia del trigémino	......	4	1	...	3	...	4
Parálisis facial	2	2	3	...	...	1	4
Qspasmo del orbicular	1	......	...	...	1	...	1
Euiste dermoideo	......	1	...	...	1	...	1
Epicantus	1	......	1	...	...	...	1
Eczema palpebral	1	2	2	...	1	...	3
Edema palpebral	......	1	1	...	...	...	1
Herida de los párpados	1	1	2	...	...	...	2
Chalazión	2	1	1	...	...	2	3
Orzuelo	6	2	6	...	2	...	8
Verruga de los párpados	1	......	...	...	1	...	1
Millet	......	1	1	...	...	...	1
Equímosis palpebral	......	1	1	...	...	...	1
Xantelasma	1	......	1	...	...	...	1
Anquiloblèfaron	1	......	1	...	...	...	1
Ptosis	1	......	1	...	...	...	1
Entropion	1	......	1	...	...	...	1
Ectropion	5	2	5	...	2	...	7
Blefaritis	12	5	16	...	1	...	17
Quiste de la glándula lacrimal	......	1	1	...	...	...	1
Estrechez del canal nasal	3	8	8	...	1	2	11
Oftalmía catarral	31	30	43	3	9	6	61
,, purulenta	1	......	1	..	...	...	1
,, flictenular	9	17	20	...	4	2	26
,, granulosa	13	6	15	2	1	1	19
Conjuntivitis traumática	1	1	1	...	1	...	2
Cuerpo extraño de la conjuntiva	1	1	1	...	...	1	2
Equímosis conjuntival	1	......	...	...	...	1	1
Hipertrofia de conjuntiva	1	1	...	...	...	2	2
,, de papilas	1	......	1	...	...	...	1
Lipoma subconjuntival	......	1	1	...	...	...	1
Pterygion	33	13	28	4	2	12	46
Queratitis parenquimatosa	5	5	4	...	6	...	10
,, traumática	2	......	...	1	...	1	2
Ulceras de la córnea	19	7	16	5	2	3	26
Leucomas	38	26	42	4	4	14	64
Cuerpos extraños de córnea	6	1	6	...	1	...	7
Atrofia de la córnea	12	1	9	3	1	...	13
Queratocono	1	......	1	...	...	...	1
Episcleritis	1	2	2	1	...	...	3
Esclero-coroiditis	1	2	2	1		...	3
Iritis simple	7	2	7	...	...	2	9
A la vuelta	......	......	...	...	...	...	......

ENFERMEDADES	SEXO		RAZAS				TOTAL
	V.	H.	B.	Ch	M.	N.	
De la vuelta	......	......	....	....	....	....	......
Iritis serosa	1	......	1	...	...	...	1
,, sifilítica	4	1	5	...	...	...	5
Sinequias anteriores	7	5	6	1	2	3	12
,, posteriores	4	......	3	...	1	...	4
Ciclitis	1	......	...	...	...	1	1
Irido coroiditis	1	......	1	...	...	...	1
Coroiditis	2	1	1	...	...	2	3
Corio-retinitis	1	......	1	...	..	...	1
Glaucoma	13	6	11	1	1	6	19
Retinitis	4	2	5	....	....	1	6
Hemorragia de la mácula	3	......	3	....	....	....	3
,, del cuerpo vítreo	2	......	1	...	1	....	2
Copos del cuerpo vítreo	9	1	9	1	....	....	10
Neuritis óptica	3	1	2	....	....	2	4
Atrofia de la papila	4	2	3	...	....	3	6
Catarata senil	35	18	40	5	1	7	53
,, glicosúrica	......	1	....	....	....	1	1
,, traumática	3	......	1	....	....	2	3
,, zonular	2	......	1	....	....	1	2
,, calcárea	4	2	2	....	1	3	6
,, secundaria	1	......	1	....	....	....	1
,, capsular	......	1	1	....	....	....	1
Luxación del cristalino	2	......	2	....	....	....	2
Nistagmus	4	......	2	....	2	....	4
Hemeralopia	1	......	1	....	....	....	1
Ambliopías diversas	7	......	4	....	....	3	7
Jaqueca oftálmica	......	1	1	....	....	....	1
Vértigo ocular	2	......	2	....	....	....	2
Astenopia acomodativa	2	4	3	....	3	....	6
Estrabismo convergente	7	15	19	....	3	....	22
,, divergente	1	2	2	....	....	1	3
Parálisis músculos rectos	......	1	1	....	....	....	1
Heridas del globo	10	......	8	1	....	1	10
Quemaduras del globo	2	1	2	....	....	1	3
Tumores del globo	1	......	1	....	....	....	1
Microftalmía	2	......	....	....	2	....	2
Atrofia del globo	15	4	12	2	3	2	19
Exoftalmia	2	1	2	....	....	1	3
Traumatismo operatorio	1	1	1	....	1	....	2
Hipermetropia	......	7	5	....	1	1	7
Miopía	3	2	4	....	1	....	5
Astigmatismo	3	1	4	....	....	....	4
Total de enfermedades	......	......	....	....	....	....	622

las razas son de escaso valor para formar un juicio decisivo, por hallarse basadas sobre un número reducido de individuos.

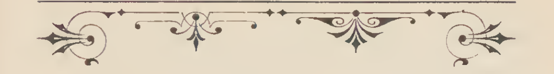
Señores: he tratado de exponeros sencillamente los resultados de una práctica, que no tiene otro mérito que el de la sinceridad, con las consideraciones que de su estudio se desprenden naturalmente, pero desprovistas de rasgos de imaginación que no concibo en esta clase de trabajos.—Os agradezco la atención con que me habéis honrado, escuchando esta lectura.

Nota.—*Censo de la población en Cuba para 1877.*—De un modo aproximado estaba representada nuestra población por las cifras siguientes en números redondos.

RAZAS	Habitantes	Proporción por 100
Blancos..............	900.000	62.50
Chinos...............	50.000	3.47
Mulatos..............	190.000	13.20
Negros......	300.000	20.83
TOTAL....	1.440.000	100.00

En la estadística no se hace otra diferencia en la raza de color que la de libres y esclavos; yo he separado del total de éstos, para formar los mulatos, los dos tercios de sus indivíduos libres como una aproximación á la realidad.

Tomando por unidad el número de blancos, resulta que los chinos representan 1/18 de la población de aquellas; los mulatos 1/4.73; y los negros 1/3.



TOPOGRAFÍA MÉDICA

Sagua la Grande

(*Publicado en «La Enciclopedia» en 1887.*)

Sagua la Grande es una villa situada en una llanura sobre la orilla izquierda del río de su nombre, en el punto en que éste deja de ser navegable. (1)

Reposa sobre un terreno arcilloso de varios metros de espesor que se asienta sobre un fondo silíceo. Esta clase de terreno mantiene en su superficie las aguas

(1) Un barrio de la villa, la Isabela, que le sirve de puerto, está edificado á tres leguas de distancia, entre el mar y la desembocadura del río, sobre las inseguras arenas de las vastas playuelas cubiertas de mangles que se extienden por la costa.

en tiempo de las lluvias, formando numerosos pantanos en la comarca.

Su población es de 18,800 habitantes, según el censo de 1877. De éstos, por lo menos 2,000 almas corresponden á la población China, cuyos individuos viven hacinados, como entre ellos es costumbre, en un barrio de la Villa.

La mayor parte de sus edificios son de madera, y tanto en ellos como en las vías públicas, están lamentablemente desatendidos los preceptos de la higiene. Así no es de extrañar la notable mortalidad de esta población.

Durante el año 1885 fallecieron 484 personas, mientras que los nacimientos solamente ascendieron á 560, quedando por consiguiente á favor de la población el exíguo exceso de 76 individuos. La mortalidad por 1,000 habitantes, fué 25.7 proporción inferior á muchas de las que se observan en grandes capitales, pero superior á las de París y Lóndres, y que de todos modos consideramos excesiva para una población pequeña contínuamente bañada por el aire puro de las brisas.

Creo que en parte se debe esta mortalidad á la posición desventajosa de la villa, á la humedad de las aguas estancadas y de las evaporaciones del río, y á las malas condiciones higiénicas en que vive la población.

Carecemos de datos para descomponer esta población por razas. Sí suponemos que existen en el orden siguiente, que es aproximado.—Blancos, 60%;— Negros, 25%;—Mulatos, 10%;—y chinos, 5%;—resulta que de los individuos muertos por enfermedades corresponderían á la raza blanca 271.2;—á la negra, 113,—á la mulata, 45.2,—y á la china, 22.6.—Ahora bien, las defunciones ocurridas en las razas blanca y negra se aproximan á estas cifras. La mortalidad de la raza asiática es muy superior á la que le corresponde en proporción, y la de la raza cruzada, al contrario, es en realidad una mitad menor de lo que debiera ser por su número.

¿Cómo se explica esta diferencia? Si los chinos, mueren en triple proporción de la que les corresponde por su número, es de-

bido á las siguientes causas. Los individuos de esta raza tienen una constitución delicada como lo indica la dificultad de obtener en ellos la curación de las úlceras que padecen con frecuencia y son rebeldes al tratamiento, en las de la córnea, por ejemplo en las que se observa una tendencia destructora que amenudo terminan por la perforación y desorganización del órgano de la vista. Padecen además toda suerte de afecciones escrofulosas y los procesos inflamatorios en esta raza afectan una tendencia á la cronicidad, acabando por producir mayor empobrecimiento del organismo.

A esta falta de resistencia contra los agentes productores de las enfermedades, se unen la edad que pasa de la media de la vida en todos ellos y una buena parte son ancianos, al estado de celibato, y en fin al abuso del opio que los enerva, determinando una intoxicación crónica con una anemia característica.

En cambio, la raza mulata goza de la fuerza de resistencia del negro, y figura con una mortalidad inferior á la de las

demás clases. Y si no es por lo general tan robusta como la raza negra, parece reunir en su organismo las condiciones más adecuadas para su desarrollo en nuestro clima, y de ser más prolífica y no cruzarse sería ya hoy tan nunerosa como la negra á la que acabaría por sustituir completamente en no lejano tiempo.

De la cifra de las defunciones, corresponden $\frac{2}{3}$ á los varones, y solo $\frac{1}{3}$ á las hembras. El equilibrio de la población se mantiene por la inmigración que es exclusivamente del sexo masculino, puesto que sobre la población fija nacieron en ese año, 24 hembras más que varones.

Respecto al estado civil murieron más solteros y casados del sexo masculino, y menor número de viudas.

Ninguna enfermedad tan mortífera en este cuadro como la tuberculosis que por sí sola ocasionó cerca de la quinta parte del total de defunciones. Generalmente ha afectado la forma crónica, y se ha presentado en todas las edades, é indistintamente en ambos sexos y en todas las razas. Esta mortalidad guarda proporción

con la que según el Dr. A. González del Valle arrojó la tísis para la Habana en 1882, que ascendía á cerca de una cuarta parte del número de defunciones.

Ocasionaron después mayor número de muertes, aunque en escala muy inferior, las afecciones del hígado $\frac{1}{14}$; del corazón $\frac{1}{15}$; del pulmón (afecciones locales) $\frac{1}{17}$; meningo-encefálicas $\frac{1}{17}$; y en fin, los traumatismos graves, las enteritis, el tétanos infantil, y las fiebres palúdicas que figuran con $\frac{1}{48}$ de las defunciones.

Entre esta subida mortalidad hubo 9 casos de senectud, todos en la raza negra, alzanzando uno de ellos la edad de 110 años. En esta raza se observan casi constantemente los casos de longevidad que pasan de 100 años.

No debo hacer un análisis detallado de todas las causas de muerte, ni de todos los cuadros que son bien explícitos, por no establecer confusiones. Estas tablas, refiriéndose á un solo año, y contando un corto número de defunciones, no tienen verdadero valor si no es uniéndolas á las de otros años, y haciendo un trabajo del

conjunto que permitiría sacar deducciones de importancia en el esclarecimiento de la patología local.

CUADRO DEMOGRÁFICO

de las defunciones ocurridas en Sagua la Grande durante el año 1885, según los atestados á que se refieren.

Enfermedades	TOTAL
Afecciones del corazón	32
Albuminuria	7
Alcoholismo	5
Asfixia (suspensión y sumersión)	10
Atrepsia	5
Cáncer	10
Dentición	3
Difteria	9
Disentería	15
Enfermedades del pulmón	28
,, de la pleura	3
,, del estómago	2
,, del hígado	34
Enfermedades meningo-encefálicas	29
SUMA	192

Enfermedades	TOTAL
Anterior.........	192
,, de la médula......	4
Fiebre tifoidea........	7
,, amarilla................. ...	2
,, palúdica	14
Escarlatina	1
Infección purulenta................	4
Pústula maligna.....................	1
Tétano de adultos..................	10
,, infantil	21
Eclampsia............	10
Sífilis..................................	2
Tuberculosis	101
Hidrofobia	2
Uremia.....................	1
Gangrena	6
Reumatismo.........................	3
Intoxic. crónica opio..............	2
Hemorragias.	10
Traumatismos.......................	22
Enteritis .... ,..............	16
Ileus	1
Peritonitis...........................	1
Helmintiasis	4
Senectud	9
De otras enfermedades............	6
Suma total......	452

RAZAS

Blanca	235
China	70
Mulata	28
Negra	119
Total	452

SEXOS

Varones	312
Hembras	140
Total	452

EDADES

Infancia (hasta 15 años)	126
Virilidad (hasta 50)	199
Senectud	127
Total	452

DEFUNCIONES

Por enfermedades	452
Nacidos muertos	32
Total	484

RELACION ENTRE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES.

Nacimientos	560
Defunciones	484
Exceso á favor de la población	76

INSCRITOS VIVOS

AÑO 1885.

Legítimos...	Varones.................	135
	Hembras.	145
	TOTAL.......	280
No legítimos	Varones.................	133
	Hembras	147
	TOTAL.......	280
	TOTAL GENERAL...	560

NACIDOS SIN VIDA Ó MUERTOS ANTES DE SER INSCRITOS

Legítimos....	Varones.................	9
	Hembras..............	3
	TOTAL.......	12
No legítimos	Varones.................	12
	Hembras.......	8
	TOTAL.......	20
	TOTAL GENERAL...	32
	Total de ambas clases.....	592

MATRIMONIOS INSCRITOS, 29

FALLECIDOS

Varones......	Solteros................	267
	Casados................	34
	Viudos................	9
	TOTAL......	310
Hembras....	Solteras................	112
	Casadas................	17
	Viudas............... .	13
	TOTAL......	142
	TOTAL GENERAL...	452

1886.

Conviene hacer algunas consideraciones sobre estos cuadros estadísticos de nacimientos y defunciones ocurridas en Sagua la Grande durante el año 1886.—En este período ha sido mayor el movimiento de la población que en el de 1885. A cada uno de ellos corresponde un exceso de

nacimientos de 111 y 76 respectivamente.

También la mortalidad de este año excede á la del anterior en 51 indivíduos. Estas diferencias son accidentales, pero pueden haber influido en parte las copiosas lluvias que durante esos dos años cayeron sobre la comarca y que ocasionaron gran número de enfermedades, pero determinando mayor mortandad en el último ano por la persistencia de las mismas causas.

En el cuadro de nacimientos llama la atención el exceso de inscritos *no legítimos* que figuran en doble número que el de los inscritos *legítimos.* Esta proporción que se observa en toda la Isla, y que á primera vista parece indicar que el concubinato es la forma de unión generalmente adoptada por sus habitantes, necesita explicarse.

De las dos razas que principalmente pueblan á Cuba, hay una dominadora, la blanca; y la otra esclava hasta ayer, la negra, que ha vivido y vive todavía en un estado de ignorancia que podemos calificar de bárbaro, obligada á desempeñar

los oficios más rudos, casi sin principios de moral ni conciencia de la dignidad humana.

A los individuos de esta raza, colocados en un nivel social inferior, no se les ha obligado á sancionar sus uniones, ni esto era necesario, dada su condición y el inevitable cruzamiento de razas. Y si se atiende á que sus mujeres son prolíficas en sumo grado, y á que esa raza resiste mejor que ninguna otra las injurias del clima, lo que hizo decir á un historiador español cuando se introdujeron los primeros negros en América, que éstos se criaban tan lozanos y se propagaban como las naranjas, no debe extrañarnos ese exceso de inscripciones de *no legítimos.* A esta sola causa obedece esa inmoralidad social, aparente si se considera la población en conjunto, porque se refiere únicamente á la raza negra, mientras que la blanca vive y se desarrolla con la misma vida civilizada de los pueblos europeos.

Respecto á la causa de las defunciones conviene hacer algunas aclaraciones.

El número de *asfixias* comprende cuatro por extrangulación (ajusticiados), y el resto por sumersión en el río, cuyas revueltas aguas que durante las crecidas del verano son peligrosas, tienen que vadearse á caballo por la falta de puentes, ó ya también porque sepultan en sus hondas á bañistas imprudentes.

Todos los años figuran uno ó más indivíduos muertos por *intoxicación tebaica*, de cuyo veneno tanto abusa la raza china y que indudablemente es además un factor importante en el empobrecimiento del organismo, y por lo tanto causa coadjuvante de muchas enfermedades mortales.

La *tuberculosis* ha sido este año como el anterior, y como desde muchos atrás viene siéndolo, el azote más terrible de este pueblo, pues ella sola representa $^1/_5$ del total de defunciones, en cuyo número se incluyen muchos individuos de nuestra juventud más inteligente.

En fin, el *paludismo* es otra de las causas de muerte temible en Sagua, (amenu-

do bajo la forma *perniciosa*), y continuará siéndolo mientras no se desequen los terrenos y se establezca un arbolado conveniente.

Durante este año hubo una epidemia de *varicela*, que aún no había desaparecido cuando se presentó otra de *escarlatina* que atacó á la mayor parte de los niños con carácter benigno, pero que sin embargo ocasionó algunas víctimas.—También fué epidémica la *coqueluche* que produjo dos muertes

Entre las otras enfermedades que merecen señalarse hubo 4 defunciones por *difteria*, 1 de *fiebre amarilla*, que se observa allí pocas veces, tal vez por hallarse alejada de la costa y ser un centro reducido de población; 4 de *fiebre tifoidea*; 1 de *pústula maligna*, y 1 de *beriberi*.

Para terminar indicaré que en este año se observaron de igual modo que en el anterior, nueve casos de muerte, por *senectud*, uno de ellos de 108 años, lo que prueba cuan sano sería aquel pueblo si se atendiese como es debido á los preceptos de la Higiene.

DEFUNCIONES POR RAZAS EN 1886

Blancos	265
Chinos	60
Mulatos	51
Negros	159
Total	535

DEFUNCIONES POR SEXOS

Varones	361
Hembras	174
Total	535

DEFUNCIONES POR EDADES

Infancia (hasta 15 años)	177
Virilidad (hasta 50 años)	229
Senectud	129
Total	535

RELACIÓN ENTRE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES

Nacimientos	646
Defunciones	535
Exceso á favor de la población	111

INSCRITOS VIVOS

AÑO 1886

Legítimos....	Varones................	159
	Hembras..............	148
	Total.........	307
No legítimos	Varones................	172
	Hembras..............	167
	Total	339
	TOTAL GENERAL...	646

NACIDOS SIN VIDA Ó MUERTOS SIN SER INSCRITOS

Legítimos....	Varones................	17
	Hembras.......	10
	Total.........	27
No legítimos	Varones................	14
	Hembras..............	14
	Total........ .	28
	TOTAL GENERAL.........	55
	Total de ambas clases.........	701

DEFUNCIONES

ocurridas en Sagua la Grande durante el año 1886, según los atestados á que se refieren.

Enfermedades	TOTAL
Alcoholismo	1
Asfixia (por sumers. y extrangul.)	15
Atrepsia	10
Afecciones cardiacas	38
,, de vías respiratorias	42
,, meningo-encefálicas	35
,, medulares	4
,, hepáticas	29
,, renales	12
,, del estómago	4
,, de intestinos y peritoneo	70
,, puerperales	5
Aneurisma	4
Beriberi	1
Cáncer	10
Coqueluche	2
Difteria	4
Erisipela	1
Escarlatina	6
Fiebre amarilla	1
,, tifoidea	4
SUMA	298

Enfermedades	TOTAL
ANTERIOR.........	298
Gangrena............................	2
Hemorragias........................	3
Intoxicación crónica opio.........	2
Infección pútrida....................	2
Pústula maligna.....................	1
Paludismo............................	23
Reumatismo.........................	4
Senectud	9
Tétanos de adultos................	11
,, infantil......................	40
Traumatismos.......................	9
Tuberculosis.........................	108
Nacidos muertos....................	11
De otras enfermedades............	12
SUMA TOTAL....	535

PATOLOGÍA



QUISTE SEBÁCEO DE LA ÓRBITA.

(*Publicado en el «Recueil d'Ophthalmologie» de París en 1885, y en la Revista de Ciencias Médicas en Marzo de 1887.*)

A fines de Marzo de 1884 se presentó en la consulta del Dr. Gutiérrez, de Cárdenas, una mujer, Petrona R., de 40 años, en el siguiente estado: Exoftalmía del ojo derecho, producida por un tumor prominente colocado en el ángulo supero-externo de la órbita. El globo estaba rechazado hácia abajo y adentro, casi fuera de la cavidad orbitaria, y su diámetro horizontal se extendía á un centímetro por debajo del lado opuesto, lo que daba á la fisonomía de la enferma un aspecto extraño y feo. El párpado superior estaba fláeido y sin arrugas, pero la oclusión

palpebral era incompleta, habiéndose originado por este estado una conjuntivitis crónica sujeta á frecuentes exacerbaciones.

A la palpación, se descubre en la región de la glándula lacrimal un tumor liso, bastante duro, elástico y resistente, algo movible, é indolente á la presión. Los movimientos limitados que se le pueden imprimir, su forma redondeada y su consistencia, nos hacen creer que no existen relaciones inmediatas entre el tumor y las paredes de la órbita, y que solamente existen adherencias más ó menos flojas pero que se extienden profundamente, y le dan esa fijeza relativa. Este tumor que es indolente, voluminoso y situado entre las paredes superior y externa de la órbita, se extiende profundamente sin que puedan precisarse sus límites en esta dirección.

A la simple inspección del ojo no se encuentra ninguna alteración; la córnea y y el cristalino tienen su transparencia normal del mismo modo que los humores interiores; pero al oftalmoscopio se comprueba una *neuro-retinitis* poco intensa.

Los bordes de la papila son irregulares, los vasos ligeramente flexuosos y repletos de sangre, y la inflamación de la retina, de un aspeeto turbio, es limitada, no extendiéndose más que á medio diámetro papilar en todos sentidos. En esta zona se ven algunas pequeñas manehas hemorrágieas. El ojo es emmetrope y $V = {}^{1}/_{5}$. Ojo izquierdo, oeupa su posieión normal, es emmetrope y $V=1$.

La enferma se apereibió de este tumor hace eineo años, y desde entonees ha aumentado progresivamente sin produeir otros desórdenes más que las lesiones que acabamos de indicar. El estado general siempre ha sido bueno, y no hemos eneontrado anteeedentes que puedan haeernos sospeehar la existeneia de una diátesis.

Por eonseeueneia de estos datos, diagnostieamos: tumor benigno, quiste probablemente; y la operaeión solieitada por la enferma que deseaba vivamente verse libre de tamaña deformidad, me deeidió á practicar la extirpación del tumor el 26 de Abril, asistido por los doetores Gutiérrez, Méndez y Smith.

Obtenida la anestesia por el cloroformo, hice una incisión de cerca de $0^{m}03$ paralela al reborde orbitario y á un milímetro por debajo del límite de la ceja, incisión que terminó á $0^{m}01$ por fuera de la comisura externa; después prolongué esta comisura hasta encontrar el extremo de la primera incisión. Obtuve de esta suerte un colgajo triangular, que disequé y levanté con las capas subyacentes; y después de haber incindido el fascia orbitario, se presentó al descubierto la pared lisa y dura del tumor. Sosteniéndolo con una fuerte pinza, hice desbridamientos en todos sentidos con una sonda acanalada, que me permitieron luxarlo, y continuar aislándolo á pequeños tijeretazos. Pero en las maniobras de tracción las pinzas desgarraron el saco que dejó escapar cierta cantidad de una sustancia granulosa y grasienta al tacto.

La extracción del tumor, que era demasiado grande para salir á través de la incisión practicada, se hizo entónces fácilmente en dos porciones: una superficial, que era ancha; y la otra más profunda,

que se hundía á lo largo de las paredes orbitarias superior y externa, casi hasta el fondo de la cavidad; tenía forma estrecha como amoldada al hueco orbitario. En los desbridamientos de esta parte profunda había peligro de herir el nervio óptico pero afortunadamente se terminó la operación sin necesidad de ponerlo al descubierto.

Este tumor, tres veces mayor que el globo del ojo, no era más que un quiste sebáceo, de forma alargada en la dirección de la bóveda orbitaria, y ensanchándose por delante del lado de la pared externa; su superficie era lisa, y la sustancia granulosa que lo constituía estaba encerrada en una bolsa espesa y resistente. Durante la operación no se vieron señales de la glándula lacrimal, sin embargo de que operábamos sobre el asiento anatómico de este órgano, así es que podría ser que el quiste se hubiese primitivamente desarrollado en la glándula lacrimal, el cual produciría la destrucción de ésta en su crecimiento progresivo, y su extensión á lo largo de la órbita en las proporciones indicadas.

Después de terminada la operación, coloqué varias suturas muy próximas unas de otras, y prescribí la aplicación de compresas de agua fría. En presencia nuestra se formó inmediatamente un edema notable del párpado superior y de la conjuntiva. El globo ocular se conserva luxado; pero rechazándolo con los dedos, se le podía colocar sin esfuerzo en su posición normal.

Al día siguiente el edema era mayor, pero no había la menor reacción inflamatoria. La cicatrización se hace por primera intención; levanto un punto de sutura. Escarificación de la conjuntiva para disminuir el quémosis.

Los días siguientes, disminución del edema palpebral; levanto sucesivamente todos los otros puntos de sutura, no dejando más que el destinado á formar la comisura externa, que no desprendo hasta el 6 de Mayo.

En este época, la cicatriz era lineal, sólida; el edema había desaparecido; pero el párpado se conservaba flácido como ántes de la operación, debido á la distensión

que durante tanto tiempo había soportado. El globo continúa luxado. Para volverlo á su posición primitiva aconsejo el vendaje compresivo varias horas al día y de noche para dormir, con la idea de volver su tonicidad á los músculos rectos, si es posible.

Un mes después, nuestra enferma se presentó de nuevo en la consulta. La cicatriz era sólida y poco aparente, y pudimos comprobar la utilidad del vendaje compresivo en casos semejantes; porque el globo ocular se mantenía ya bien en la órbita, y su exoftalmia no presentaba ya más que una diferencia poco apreciable con el del lado opuesto. Persiste un ptosis incompleto. El aspecto del fondo del ojo no parece cambiado, pero la vista ha mejorado notablemente. $V = \frac{1}{3}$.

La agudeza visual ha aumentado un décimo por el hecho de la cesación de la compresión que el tumor ejercía sobre el nervio óptico, causa de la infiltración crónica de la papila y de la retina.



NOTA CLÍNICA

(*Publicado en la «Revista de Ciencias Médicas» en Diciembre de 1890.*)

De un embarazo de gemelos nace rápidamente un niño en manos de la comadrona; el segundo, nació seis horas mas tarde gracias á una aplicación de forceps.

Al tercer día se mostró en los ojos de este segundo niño la oftalmia purulenta. La madre padecía leucorrea hácia el fin del embarazo y en el momento del parto.

El primogénito no fué atacado.

Este hecho demuestra: 1º Que no todos los niños nacidos de mujer leucorreica contraen la oftalmia purulenta. 2º Que el contagio se hace por contacto inmediato del flujo con la conjuntiva.

No de otro modo se explica la infección solamente del segundo niño cuya salida fué laboriosa y necesitó diversas manipulaciones.





QUISTE DE LA CONJUNTIVA

(*Publicado en la Revista de Ciencias Médicas en Junio de 1892, y en los Archives of Ophthalmology, de New York, en el mismo año.*)

No tengo noticia de ningún caso igual al que me propongo describir, que es por consiguiente interesante, y merece referirse.

Una cornada produce el desgarramiento de los tejidos blandos, y la fractura del reborde orbitario interno, inferior y externo.

El enfermo recuerda que después del accidente tenía su ojo sano; pero sobreviene una violenta inflamación, quedan anquilosados los párpados, y se desarrolla

el quiste, sin que el enfermo supiera si aún conservaba el globo ocular; así es que cuando se hizo la operación fué una sorpresa el descubrimiento de este órgano.

La porción extirpada de la pared del quiste que correspondía á la parte anterior y externa, contenía en su espesor tres fragmentos óseos. Dicha pared era gruesa, y estaba formada por la conjuntiva palpebral y del fornix muy engrosada, resistente, con la cara externa adherida á los tejidos vecinos, y la interna muy lisa, y suave al tacto.

El Dr. Finlay, de New-York, que hizo el exámen histológico me remite la siguiente nota.

"La superficie interna del quiste es completamente lisa; y en esta situación se encuentran restos de epitelio sobre una membrana basal más ó menos homogenea, de moderado espesor. La estructura particular de este epitelio, no puede estudiarse bien, por hallarse deteriorada por el alcohol en que fué endurecida la pieza."

"La pared propia del quiste, que es de notable espesor, se halla constituida por

una trama de tejido conjuntivo muy denso, en el cual predomina el elemento fibroso; hallándose el celular en mínima parte y solo alguno que otro vaso sanguíneo."

"Las paredes del quiste se continúan hacia el exterior con los tejidos adyacentes sin línea divisoria distinta; viéndose sobre ellas tejido adiposo y en alguna que otra parte fibras musculares estriadas."

La pared posterior del quiste la constituían la córnea y la conjuntiva del bulbo. La córnea perfectamente transparente dejaba ver el iris y la pupila, y á través de la conjuntiva se veía la esclerótica. El globo ocular había sido rechazado por la compresión al interior de la órbita, y permanecía fijo en estrabismo superior.

El contenido del quiste era un líquido acuoso, transparente, ligeramente amarillento. No llegó á examinarse por haberse derramado durante la operación. Es probable que no fuera más que líquido lacrimal. Y si es cierto que el enfermo no había notado que el volúmen del tu-

mor aumentase cuando lloraba ó tenía emociones tristes, sería debido tal vez á que la glándula estaría atrofiada por compresión.

Interpreto la génesis de este quiste del siguiente modo. El traumatismo produce desgarraduras en la mucosa. Las dos conjuntivas palpebrales, heridas cerca del borde libre, se sueldan, y forman una cavidad cerrada envuelta por el epitelio querato-conjuntival. Las lágrimas llenando esta bolsa, la distienden y comprimen la capa epitelial, que se pone lisa en su cara interna y se espesa su pared de un modo que ya es sabido.

Una vez repleto el saco conjuntival comprime la glándula lacrimal, la atrofia ó por lo menos disminuye notablemente su actividad secretora.

En una palabra, el tumor que describo no es en mi concepto más que un *quiste por retención*.

Véase la historia clínica.

Un jornalero de 24 años que ingresó en el hospital Mercedes refiere que cuando niño tenía sanos sus dos ojos, que á los

12 de edad recibió una cornada de una vaca en la región orbitaria izquierda, que dieho aeeidente provocó gran inflamación y que trasladado al Hospital del Ferrol sufrió allí una operación.

Desde esta époea empezó á desarrollarse un tumor que ha ereeido hasta adquirir las dimensiones que ahora tiene, sin ocasionar otra molestia al enfermo que el disgusto de llevar esa deformidad.

El tumor es eónieo por delante, y se halla recubierto por los párpados anquilosados, cuyos bordes libres solo están separados unos euatro milímetros, á través de cuya abertura se ve una faja de conjuntiva roja y engrosada.

Es fluctuante; dá la sensación de una bolsa llena de líquido; es indolente, no hay eambio de eoloración en la piel. Ofreee un divertículo hacia el saco lacrimal. No pueden preeisarse sus límites hacia el fondo de la órbita. La altura del eono es de unos 3 cm.—Junto al borde orbitario infero-externo se mueve un seeuestro bastante largo.

Operación.—Heeho el diagnóstico de

quiste de contenido líquido, y suponiendo que no existiese globo ocular, se procedió á la extirpación.

Cloroformo. Disección con la sonda acanalada y un bisturí de los tejidos que unían ambos párpados, cuyos ángulos se prolongaron hacia adentro y hácia afuera. Se desprendieron los párpados de las paredes del quiste con la sonda acanalada y las tijeras. Uno de estos cortes perforó la pared del saco, dando salida á regular cantidad de un líquido amarillento, transparente, y en el fondo de la bolsa se descubrió el globo del ojo intacto.

Se terminó entonces la operación resecando una porción de la pared anterior en la que se hallaban incrustados tres fragmentos óseos, que habían sido desprendidos del reborde orbitario.

Se colocaron suturas para unir las prolongaciones de los párpados, y se hizo la cura con iodoformo.

El ojo solo distinguía la luz en los días siguientes, pero la retina recobró sensibilidad suficiente para contar los dedos al cabo de un mes.



IMPÉTIGO EN LA CORNEA

(*Publicado en la «Revista de Ciencias Médicas» en Marzo de 1892.*)

Hace próximamente un año traté en la Clínica á una niña blanca, de 18 meses, escrofulosa, que padecía en aquellos días eczema impetiginoso al rededor de los oídos y de la nariz. Esta erupción se presentó en la convalecencia del sarampión que no hacía un mes acababa de pasar. En los dedos de la mano izquierda le habían salido también sucesivamente y en diferentes puntos, tres pústulas de impétigo, características, de unos 5$^{mm.}$ de diámetro, blanquecinas, que pronto se recubrían de una costra amarillenta.

Sabemos que el impétigo es una erupción de pústulas sub-epidérmicas, contagiosa, fácilmente inoculable, producida por diversos microorganismos—*staphylococcus pyogenes aureus*; *staphylococcus cereus albus*, *staphylococcus pyogenes albus*,—sin que se haya encontrado ninguno que sea exclusivamente patógeno.

Con estas nociones de la enfermedad no es extraño que haya sido trasmitida directamente de un dedo de la mano izquierda, lado enfermo, al ojo izquierdo, y que se hubiese inoculado en la córnea.

En efecto, la niña presentaba en el tercio inferior de dicha membrana una pústula de color crema, dura. El pus no se había aún coleccionado, puesto que después de incindirla solo dió unas gotas de sangre: pero á los tres días de esto había ganado en extensión y desalojó bastante cantidad de pus y aparecieron en el fondo de la úlcera dos puntos de perforación, que se reconocían por el color negro del iris adosado á la córnea. La cubierta de la pústula quedó floja y rugosa.

Bajo un tratamiento tónico de ioduro

de hierro al interior, y de las lociones de ácido bórico al 3% y de una pomada de

Calomel al vapor.....	2	gramos
Vaselina blanca......	10	,,

aplicada dos veces al día á la parte enferma se obtuvo la curación al cabo de un mes, pero dejando un leucoma adherente en la mitad inferior de la córnea. El resto de esta membrana que estaba turbio recuperó su transparencia.

El modo tan palpable de inoculación en esta niña, así como la rareza de la enfermedad en la córnea, me han decidido á publicar la observación. Sólo he visto otro caso análogo, pero que no es demostrativo como el presente. No he visto citadas otras observaciones.

En los tratados clásicos se concede poca atención á esta enfermedad, y solo se mencionan casos en que generalizándose la erupción en la piel, llega á atacar la conjuntiva. Pero tal vez haya escapado á los observadores el modo de transmisión, puesto que he observado también una pústula de impétigo en la conjuntiva

bulbar del ojo derecho de un niño, que tenía una erupción discreta de la misma enfermedad limitada á los dedos de la mano del mismo lado. De modo que no es la extension de la erupción cutánea la causa de su presencia en la conjuntiva, sino que basta para ello que se manifieste en un punto que llegue á ponerse en contacto con la mucosa ocúlar.





IRITIS INDOLENTES CONSECUTIVAS

á la extracción de la catarata.

(*Publicado en la «Revista de Ciencias Médicas» en Julio 5 de 1894.*)

Se han descrito iritis que no se revelaban con aparato inflamatorio ni dolor, probablemente de origen diatésico, en personas que solo acusaban disminución de la vista.

He observado otra variedad de iritis indolentes en operados de catarata, nada graves, la cual ya ha fijado la atención de algunos profesores. Algunas observaciones clínicas que acompaño lo prueban.

Se extrae una catarata correctamente, la curación se hace sin complicaciones,

y cuando á los 20 ó 40 días se examina el ojo para elejirle espejuelos se descubren sinequias posteriores adheridas á la cápsula del cristalino.

El enfermo no se había quejado de dolor, y muchas veces ni de la menor molestia en el ojo operado, no hubo complicaciones, la cicatriz se hizo con toda regularidad, el resultado es irreprochable, y sin embargo, hay señales evidentes de inflamación del iris.

En estas iritis no se hacen apreciables los síntomas clásicos de la enfermedad; el iris conserva sú color, el humor acuoso su transparencia, no hay inyección sub-cónjuntival en torno de la córnea. A veces suele existir un dolorcito vago, que no fija la atención del médico ni del enfermo.

La presencia de sinequias basta para demostrar una exudación plástica del iris, que solo puede ser determinada por la inflamación de la membrana.

El estado general del enfermo nada influye en el desarrollo de estas iritis. En estos casos que acompaño y en otros más que tengo anotados, la mayor parte eran

personas sanas y algunas de constitución robusta.

La causa de la iritis es local: la contusión del iris. Son frecuentes por esta razón en las cataratas rojas que son voluminosas y comprimen el iris al salir. Suelen verse aparecer también cuando las incisiones de la córnea son pequeñas y se obliga á franquearlas la catarata que no saldrá sin producir contusiones del iris y de los labios de la herida. Otro modo de inflamar el iris son las manipulaciones repetidas para evacuar los restos de la catarata.

La contusión del iris determina la congestión de esta membrana vascular. El aflujo de sangre es causa de una exudación plástica moderada; y ésta pega la pupila á la cristaloides.

Todo el trastorno se pasa en el borde pupilar que ha sido el punto de mayor traumatismo.

No existe aparato inflamatorio. Se forman una ó varias sinequias pupilares aisladas, que muchas veces puede romper la atropina.

Nunca la inflamación es tan fuerte que

disminuya el diámetro de la pupila y la obstruya. Al contrario, las adherencias, aún cuando sean varias, conservan el diámetro de la pupila normal.

El centro del campo pupilar ha quedado limpio en estos casos, como se probaba al examinar el fondo de los ojos y por el estado de la vista. Conviene instilar un par de gotas de una solución débil de atropina cuando se hace la primera cura el tercero ó cuarto día de la operación, por lo menos en los casos en que hubiese habido contusión del iris.

Acompañamos el extracto de varias observaciones clínicas.

Obs. I. Blanco de 68 años. Extracción catarata dura. Pérdida de corta cantidad de humor vítreo en O. D.

Al 11º día se le instiló atropina y se vió que tenía gran pupila de borde irregular hácia arriba indicando adherencia á la cápsula por iritis ligera después de la operación, no habiéndose revelado aquella por ningún síntoma. V-buena.

Obs. II. Blanca de 62 años. Extracción de catarata senil de O. I. Sin accidentes.

A los 40 días se descubrió una sinequia y restos de otra, signo de iritis que pasó desapercibida V=¼

Obs. III. Extracción de catarata de la enferma anterior en la misma sesión, sin más accidentes que contusiones repetidas del iris.

Al 4º día estaba cicatrizada la incisión de la córnea; no tuvo dolor después de la operación, V=mediana.

A los 40 días se descubrieron restos de sinequias.

Obs. IV. Extracción de catarata roja á una anciana blanca. Pérdida de humor vítreo. Curación. Se reconoció que tuvo iritis por las sinequias que se vieron luego. V buena.

Obs. V. Extracción de catarata roja con iredectomia sin accidentes á una anciana blanca. V buena.

Iritis indolente.

Obs. VI. Extracción de catarata roja con iredectomia en el otro ojo de la misma enferma. Curó con irregularidad.

Padeció iritis indolente.

Obs. VII. Negro de 58 años. Desga-

rradura del esfinter del iris al salir la catarata. Cicatriz al tercer día.

A los 35 días la pupila estaba deformada, contraída con sinequias posteriores por iritis indolente. Fondo de ojo bien visible. V=1.

Obs. VIII. Extracción simple sin accidentes á una mujer de 38 años, en ambos ojos.

Al 8º día la incisión de la córnea estaba cicatrizada, las pupilas redondas; pero al instilar atropina la del O. D. quedó deformada por dos sinequias adheridas á la cápsula. El día antes había sentido un poco de dolor en ese ojo, pero sin darle importancia. $V=\frac{1}{2}$

Obs. IX. Extracción de catarata roja á una anciana. Curó bien. A los 38 días se descubrieron sinequias de una iritis insidiosa.



Filaria en la Cámara anterior

(*Publicado en la «Revista de Ciencias Médicas» en Diciembre de 1891.*)

En Febrero último tuve ocasión de examinar un caso de filaria en los ojos, que por la rareza de la afección merece publicarse, y más aún si se atiende á que vivía en la cámara anterior, sitio en el que según creo no se ha visto ninguna otra.

Este parásito, de color blanco, delgado como un hilo fino y de unos 0.^{m}025 de largo, se hallaba en la cámara anterior del ojo derecho, con su cabeza ó extremidad más gruesa, fija hácia la parte inferior del iris, mientras que el cuerpo, y particularmente la cola, libres, se agitaban vertigi-

nosamente con elegantes ondulaciones.

Refiere la enferma, costurera, blanca, de 61 años y de buena constitución, que desde Agosto pasado veía moverse una sanguijuelita en el campo visual; pero hará dos meses que tuvo una inflamación en ese ojo, y desde entónces solo se queja de una niebla que le enturbia los objetos.

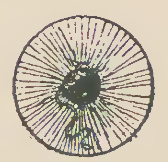


Fig. 1.

Después de instilar atropina se veía un depósito rojizo de pigmento del iris en la cristaloides en forma de corona, consecuencia seguramente de una iritis provocada por irritación. Hacia la parte inferior de la pupila queda una sinequia. El fondo del ojo está sano pero se ve confusamente. La vista aunque turbia le permite leer un periódico.

Al día siguiente del primer exámen, la cabeza y parte del cuerpo se ocultaban detrás del iris y solo se veían en la pupila los movimientos de la cola.

Instilé de nuevo algunas gotas de atropina, tanto para romper la sinequia como para facilitar al parásito su vuelta á la cámara anterior y extraerlo mediante una punción. Pero desgraciadamente no se logró ninguna de estas cosas, porque la atropina fué suficiente para matarlo, y la enferma por otra parte se negó á toda operación.

Este accidente es de sentirse porque bajo el microscopio se hubiera clasificado con certeza la especie, mientras que ahora quedamos limitados á determinarla por conjeturas.

Grande es la confusión que reina en la clasificación de las filarias encontradas en los ojos. Bajo el nombre de *F. oculi humani* se han descrito á la vez una especie de unos $0.^{m}030$ que vivia en el humor vítreo, y otra, mitad menor, encontrada en el cristalino. En la mayor parte de las observaciones hay deficiencia de caracte-

res específicos. (1) Se ha llamado también *F. spiralis* por unos la que otros conoeen por *Oculi humani.* Pero dejando á un lado estas eonsideraeiones, diremos que se han descrito en los ojos tres especies.

F. medinensis
F. oculi humani
F. lentis

Se ha creído más de una vez reconocer la filaria de Medina entre la conjuntiva y la esclerótica, ó escondiéndose por detrás de la mucosa en el tejido celular de la orbita, y en algunas de las observaciones se indiea la longitud de dos pulgadas. Extraño sería que un individuo que órdinariamente tiene $0^{m}.50$ á $0^{m}.80$ pudiese en ningún caso redueirse á tan pequeñas dimensiones. Por lo demás este nematoideo vive habitualmente en el tejido eelular subeutáneo y según la opinión más probable, penetra directamente en la piel.

(1) Los observadores médicos se han cuidado más de completar la descripción clínica que de reconocer al entozoario.

En esas observaciones no se hallan expuesto los caracteres orgánicos del parásito.

Como *F. oculi humani* fué clasificado el caso tan conocido de Quadri. Era blanca, filiforme, y se movía libremente en el humor vítreo agitándose con movimientos variados. La forma y contorsiones dibujadas por Quadri eran análogas á las del caso que describo, que era igualmente semejante en cuanto á su tamaño.

Por las comparaciones que he hecho entre las descripciones deduzco que la *F. spiralis* (1) y la *F. loa* son sinónimos de la *F. oculi humani.*

---

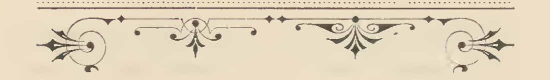
(1) Esta especie se ha visto correr entre la conjuntiva y la esclerótica, y nadar en el humor vítreo y esta vez en la cámara anterior.

La denominación de *Oculi humani* no es propia, puesto que también vive en el ojo del hombre la *F. lentis.* Creo pues más conveniente llamarla *F. loa* (Guyot) por ser este el nombre vulgar con que la designan los negros de quienes procede, mejor que nuestro nombre *spiralis* que no expresa con exactitud la forma del animal.

Los autores que se han ocupado de la materia dicen poco sobre la historia de este parásito. En esta enferma que es de raza blanca, me ha sido imposible averiguar su origen, modo de penetración, ni su desarrollo, etc., puesto que solo estuvo bajo mi observación pocos días.

La tercera especie *F. lentis*, descrita por Nordmann habitaba el cristalino y era sumamente pequeña, de unos $0^{m.}003$ de longitud.

Sería conveniente que se fijase el nombre para cada especie y sus caracteres por personas competentes.



Hemorragia intraocular post-operatoria

(*Publicado en la "Revista de Ciencias Médicas" en Septiembre 5 de 1892.*)

El Dr. Warlomont en un interesante trabajo publicado en 1883 en los *Annales d' Oculistique* pasa revista á la escasa literatura sobre el particular, con motivo de una extracción de catarata que hizo, seguida de hemorragia. El Dr. Menocal de esta ciudad me ha referido un caso análogo de su estadística. Recientemente el Dr. Knapp, de New York, ha citado en sus *Archives* otro caso.

En todas las observaciones conocidas, excepto la del Dr. Menocal, la hemorragia se produjo algún tiempo después de la

operación de cataratas seniles por extracción. El caso que es objeto de este trabajo difiere en un todo de los demás por la edad del sujeto, por la enfermedad que padecía, por la operación practicada, por el momento de la hemorragia y porque se presta á consideraciones causales de otro orden.

En efecto, trátase de un italiano de 40 años, vendedor ambulante, bien constituído, sifilítico de 5 años, que examiné y operé en el Hospital Mercedes.

Diagnóstico: Glaucoma crónico simple desarrollado insidiosamente en el transcurso de dos años. Las papilas están atrofiadas y totalmente escavadas, los vasos de la retina rechazados del lado interno, perdiéndose en el borde papilar con fuerte curvadura.

R	OD OI	=E.	V.	OD=p. l. OI=$\frac{1}{6}$
$\dot{T}$	OD OI	> n.	C. v.	OD=casi abolido OI=abolido en lado nasal
Escavación de la papila				OD=4 dioptrias OI=2 dioptrias

Como se vé el enfermo padecía un glaucoma típico.

Operación. Se practicó una iridectomia en el O. I. único en que era posible conservar la vista.

Incisión lineal superior por fuera del borde de la córnea de unos $0^{m}{\cdot}008$ de extensión con un cuchillo de Grœfe. Ancha iridectomia. Al reducir los extremos del iris seccionados, apareció el cristalino en la herida. Para extraerlo hubo que prolongar la incisión.

Con la lente salió humor vítreo sin que nada pudiera contenerlo, empujado por una hemorragia arterial tan considerable y persistente que fué necesaria la compresión con una esponja á través de los párpados durante largo rato para contenerla. Se aplicó un vendaje compresivo considerando ya el ojo perdido.

2º día. El globo ocular conserva su forma, y su cavidad está ocupada por un coágulo.

10º día. La cicatrización es definitiva; El ojo conserva su forma y aspecto normales con una ancha pupila obstruída por masas fibrinosas que imposibilitan todo exámen de las partes profundas. V=O.

Apenas sintió dolor en el acto de la hemorragia ni hubo inflamación consecutiva.

El enfermo abandonó el Hospital sin que sepamos el resultado definitivo en cuanto á la conservación del ojo.

En nuestro caso se produjo la hemorragia mientras el enfermo estaba en la cama de operación y no tuvo vómitos, tos ni ningún esfuerzo violento á no ser las contracciones del orbicular que son tan frecuentes en el curso de las operaciones.

En el exámen histológico de Van Duyse se atribuye la causa de este accidente á una hemorragia coroidiana, aunque dice no haber encontrado alteraciones en los vasos de esta membrana. Nosotros no hicimos la enucleación, así es que no se vió materialmente el origen de la hemorragia. Pero considerando los detalles de esta observación, llama la atención que en el ojo hubiese previamente exceso de la tensión intra ocular, siendo ésta tan considerable que apenas hecha la iridectomia se encajó el cristalino en la herida de donde fué rechazado con violencia así como el humor

vítreo, por una cantidad de sangre que no se sospecharía pudiese salir del ojo.

Es por consiguiente indiscutible que la ruptura brusca del equilibrio entre la presión interna y externa motivó la hemorragia. Esta causa no basta, sin embargo, por sí sola para determinarla, pues en ese caso sería dicha complicación general en los casos de glaucoma, y frecuente en las operaciones de catarata.

No era este un individuo alcoholista ni ateromatoso, ni nada en su estado general hacía temer una hemorragia. Pero es preciso suponer para explicarla una alteración prévia de los vasos intraoculares. El exámen oftalmoscópico no reveló sin embargo ninguna alteración apreciable en la coroides y en cuanto á la retina los signos que ya hemos descrito. Otros enfermos con idéntico diagnóstico se han operado sin hemorragia. Hay pues una causa remota ó predisponente, inapreciable á los medios de investigación conocidos. El descenso repentino de la tensión intra ocular es la causa determinante. No nos hallamos en aptitud de fijar los vasos rotos puesto que

al salir el enfermo del Hospital no era posible examinar el fondo del ojo.

Hemos dicho que la hemorragia fué arterial. En efecto, tenía un color rojo claro y brotaba con la violencia propia de la sangre arterial y en cantidad verdaderamente notable en corto tiempo.

No puedo asegurar si la sangre de esta hemorragia provenía de la retına ó de la coroides. Otros observadores la hacen partir de esta última membrana.

Hace muy poco tiempo practiqué la iridectomia á una anciana por un glaucoma, tan avanzado que el iris estaba atrofiado, la pupila muy dilatada; degenerado, opaco y amarillento el cristalino, el ojo sumamente duro y perdida completamente la vista, con el único fin de librarla de los dolores ciliares que la atormentaban.

La incisión de la córnea fué lenta y limpia; pero la ruptura del equilibrio entre la presión intraocular y la exterior se produjo con tal intensidad, que mientras me preparaba á cortar el iris, se quejó la enferma de un dolor intensísimo en el ojo, y empezó á brotar expontaneamente por la

herida una hemorragia, que á pesar de la compresión no fué posible contener hasta las cuatro horas, y aún después continuó en menor cantidad. La cantidad de sangre perdida al principio sería próximamente de 100 á 120 gramos.

A juzgar por la desesperación de la enferma, el dolor debía tener tal intensidad que difícilmente podría sufrirse otro análogo.

Al hacer la cura al día siguiente se vió en la parte exterior, sobre la mejilla, el cristalino, y por entre los párpados colgaba el humor vítreo rodeado de coágulos que lo adherían á las pestañas. Después de hecha la limpieza se vió el ojo duro y repleto de sangre. La neuralgia continuaba con tal persistencia que fué preciso apelar á la enucleación.

En esta enferma el glaucoma había evolucionado, y producido un estado de degeneración de todos sus tejidos; así no es extraño, que al romper el equilibrio de la presión, los vasos, ya friables, se quebrasen y diesen origen á la hemorragia.

Esta complicación grave en los casos de

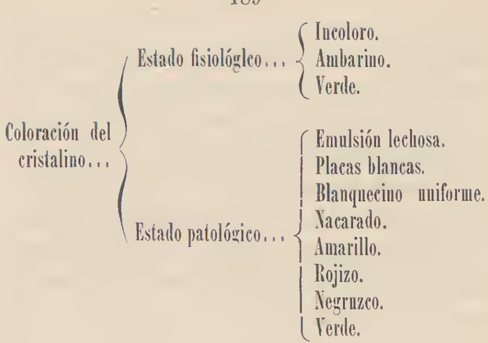
glaucoma absoluto ha sido ya señalada. Nuestro caso sirve una vez más para demostrarlo, y poner alerta contra este peligro, que no se evita en los casos de degeneración vascular aún cuando se tenga el mayor esmero al incindir la córnea.



Reflejo verde del cristalino

(*Leído en la Sociedad de Estudios Clínicos en Agosto de 1887 y publicado en la «Crónica Médico-Quirúrgica» en Marzo de 1888.*)

La lente cristalina puede presentarse con diversos colores á nuestra observación, y esos colores ser la expresión de un estado fisiológico ó patológico. Esta distinción facilita el conocimiento de las variadas afecciones del cristalino, y sirve para distinguirlas del estado sano. Nada mejor para expresar de un modo claro y sencillo las diversas coloraciones del cristalino que resumirlas bajo forma de cuadro sinóptico como el que trazo á continuación:



La distinción de los estados fisiológico y patológico estriba naturalmente en el funcionamiento normal ó anormal del órgano, normalmente constituido en el primer caso, alterado en el segundo.

Estado fisiológico.—*El cristalino durante la primera mitad de la vida es incoloro y perfectamente transparente.* Este es el estado tipo de la lente. A la inspección simple y á la luz focal la pupila aparece completamente negra porque el observador no recibe ninguna luz del ojo. Al examen oftalmoscópico los detalles de las membranas profundas se presentan con toda su pureza, mientras que el cristalino

es invisible porque se deja atravesar por los rayos luminosos como el más límpido cristal, de tal modo, que para darnos entonces cuenta de su presencia se requiere el estudio de la refracción.

Después de los 30 años adquiere color. Este puede ser un tinte amarillo ó verde. La coloración amarillento *ambarina*, constante á una edad más ó menos avanzada, *puede considerarse como un signo de vejez:* empieza por el núcleo, donde siempre es más intensa y se desvanece en las capas corticales hasta ser inapreciable en el ecuador. Esta coloración revela la esclerosis de la lente que á la vez que se hace más compacta toma una forma aplanada. Pero las funciones oculares se conservan en estado fisiológico: el cristalino es transparente, y no hay otro cambio que el ya conocido de la disminución de la amplitud acomodativa.

La coloración *verde* es la más importante de todas porque se presenta tanto en el estado fisiológico como en el patológico, y puede por lo mismo dar lugar á confusiones, hoy afortunadamente raras, pero que

fueron lamentables y frecuentes antes de la invención del oftalmoscopio. A esta parte daré mayor extensión al ocuparme de la coloración verde en estado patológico.

Estado patológico.—Es de suma importancia conocer la coloración del cristalíno en estado patológico, porque ella sirve principalmente para distinguir las variedades de catarata y por consiguiente, para guiarnos con seguridad en el tratamiento operatorio.

Os presentaré una rápida revista de estas variedades, harto conocidas, indicando su significación con la única idea de completar el cuadro sinóptico, pero sin investigar las causas de esas distintas coloraciones que me alejarían demasiado de mi propósito.

Si se presenta el cristalino con el *aspecto de emulsión lechosa*, indica una *catarata blanda;*

Si con una ó más *placas blancas como yeso*, diagnosticaremos la *forma regresiva;*

Si de color *blanquecino uniforme envolviendo un núcleo más oscuro*, será una *catarata medio dura*;

Si tiene *aspecto nacarado con pintas blancas*, lo que es poco frecuente, tendremos una *opacidad cápsulo-lenticular;*

El *color amarillo* indica la *catarata dura, tipo senil*, que es la más frecuente de todas;

Y si esta variedad tiene *núcleo rojizo*, será muy *dura y antigua;*

Y en fin, la *catarata negra*, poco frecuente, es la *más dura de todas y ordinariamente voluminosa.*

Pero nos queda aún un *cristalino verde en estado patológico* que no es signo de catarata, sino de *glaucoma*, que de él ha derivado su nombre.

Esa coloración verde en estado fisiológico y en el patológico es el orígen de este trabajo, y por consiguiente, el único punto sobre que intento llamar la atención.

He formado un cuadro donde figura el *reflejo verde del cristalino* 17 veces sobre 500 enfermos, y aunque es bien reducido servirá, sin embargo, de base á estas consideraciones. Por otra parte, conviene saber que este fenómeno no es tan raro co-

mo pudiera suponerse, pues se observa en personas que pasan de 40 años con transparencia perfecta del cristalino é integridad de las funciones visuales, y que, por lo tanto, solo accidentalmente suelen verse en las consultas. Pero aunque no tengo datos suficientes para calcular exactamente la frecuencia con que se presenta entre nosotros este reflejo verde del cristalino, me inclino á creer que alcanza á 10% de las personas de más de 40 años, bien se observe como fenómeno simplemente fisiológico ó como expresión patológica.

El cristalino verde es siempre transparente. Cierto es que á la inspección puede producir la ilusión de una catarata; pero ya á la luz focal se vé la perfecta transparencia del segmento anterior del cristalino mientras que sus capas profundas aparecen de un verde turbio, ó bien como un finísimo polvo verde esparcido por toda la lente. Pero al usar el oftalmoscopio se siente un momeuto de sorpresa al contemplar con toda claridad los detalles de las membranas profundas del globo ocular á

través de un cristalino perfectamente transparente. Esta circunstancia permite fijar la significación del color verde, por la existencia ó ausencia de lesiones profundas.

He observado este reflejo con mayor frecuencia en la mujer que en el hombre. Es proporcionalmente también más común en la raza negra, pero sin dejar de ser frecuente en la blanca y en la asiática. En cambio, ni una sola vez lo he notado para los mulatos, cuya diferencia probablemente habrá sido casual.

En cuanto á la existencia de este fenómeno en las diferentes razas, podría suponerse que se halla en relación del grado de pigmentación de la piel, por cuanto es más frecuente entre los negros, y que por otra parte en ningún caso lo he observado en personas rubias. Viene además en apoyo de este modo de pensar el haber oído á un distinguido oftalmólogo de París la observación de que el *reflejo verde de la pupila*, que yo he convenido en llamar con más propiedad *del cristalino*, ó de los medios transparentes, era mucho más frecuente en los países tropicales. Ahora

bien, la regla general entre los habitantes de esta zona es la abundancia de pigmentación comparados con los de las regiones templadas y frías.

No atribuyo á las profesiones ejercidas, ó el trabajo á que los ojos estén sometidos la menor influencia en la producción del fenómeno que examinamos, puesto que de los casos observados unos estaban sometidos á los rudos trabajos del campo, otros por el contrario entregados á la vida sedentaria, y otros, en fin, á diversos oficios.

La distinción que de este reflejo debe establecerse entre el estado fisiológico y el patológico se refiere principalmente al glaucoma. Sin embargo, como lo he observado también en algunas cataratas durante su período de formación, pudiera esto inducirnos á creer en alguna influencia debida á la esclerósis de la lente, ó mejor dicho, á los trastornos nutritivos que son origen de la opacidad. La misma observación puede hacerse respecto de la iritis, retinitis y coroiditis en que suele observarse, porque todas estas afecciones determinan desórdenes de la circulación

intraocular que es la causa primordial de dicho trastorno. Pero de todos modos solo es casi constante en el glaucoma; y el diagnóstico de esta enfermedad se facilita mediante el examen de los múltiples síntomas que la caracterizan y de los desórdenes funcionales que le son propios y que sería ocioso exponer aquí, mientras que el estado fisiológico se patentiza por el funcionamiento normal del órgano.

Pero este fenómeno en cualquier estado que se le considere reune ciertas circunstancias idénticas que pueden servirnos para interpretarlo desde un solo punto de vista, quiero decir, para hacerlo depender de una causa única. Así, pues, el glaucoma es una afección de la segunda mitad de la vida, y tiene el *reflejo verde* por *síntoma importante* (1). Este fenómeno en

---

(1) En la lectura del trabajo se usó la expresión *síntoma constante*, pero no es exacta, porque hay glaucomas como los de forma crónica, que solo se revelan por atrofia y excavación de la papila en los que es poco apreciable ó no existe el color verde. El Dr. Finlay argumentó en este sentido. Por otra parte, hoy se manifiesta la tendencia á segregar esta variedad de atrofia del nervio óptico del grupo de los glaucomas.

estado fisiológico es también propio del mismo período de la vida. El glaucoma es debido á un exceso de la tensión intraocular, á consecuencia de la disminución de la excreción de los líquidos interiores del globo, permaneciendo normal la secreción. En la vejez por la esclerósis de los tejidos se dificultan también las excreciones. En ambos casos, por consiguiente, hay alteraciones circulatorias. Acabamos de ver que en otras afecciones oculares que producen alteraciones circulatorias suele presentarse este reflejo; no señalado hasta hoy por no haber fijado los médicos su atención en un síntoma tan secundario y á veces tan poco aparente que para reconocerlo se necesita el propósito deliberado de buscarlo.

Ahora bien, ¿en todos estos casos no será la misma la causa de la producción de este reflejo, es decir, la dificultad de las excreciones de los líquidos intraoculares, que siendo poco pronunciada se limite á un trastorno molecular del cristalino, que tomará color verde, y que siendo más in-

tensa origine además todos los graves desórdenes del glaucoma?

Ya en otra ocasión he demostrado la frecuencia del glaucoma en nuestro país, puesto que representa por sí solo el 3% de todas la afecciones oculares. De igual modo, como es natural, ha de ser también más común ese estado inicial indefinido de torpeza circulatoria que nunca llega á constituir un estado patológico, y que sería suficiente para determinar la producción del reflejo verde en nuestro clima.

¿Pero qué papel desempeñan en la producción de este reflejo, por una parte la pigmentación de la piel, y por otra el exceso de presión intraocular? Nada sé de positivo; pero tal vez la abundancia de pigmento no sea más que una simple coincidencia con la mayor frecuencia del glaucoma en los climas cálidos mientras que el desequilibrio de la presión ocular ó el trastorno circulatorio, sería el verdadero orígen del fenómeno.





La Papila de la Ambliopia Toxica

(*Leido en la Sociedad de Estudios Clínicos el 17 de Agosto de 1888, y publicado en la «Revista de Ciencias Médicas,» en el mismo mes.*

Sr. Presidente, Señores:

Cuando regresé á Cuba á ejercer la profesión, leí un folleto del Dr. Santos Fernandez, titulado, *De la ambliopia alcohólica en la isla de Cuba, y de un síntoma coadyuvante, no descrito, para diagnosticarla.* Ese síntoma es la atrofia de la mitad interna de la papila. Y me llamó la atención, puesto que yo había aprendido lo contrario, es decir, que el abuso del alcohol y del tabaco producen una neuritis parcial que atrofia el sector externo de la papila del nervio óptico.

En el tiempo que llevo de práctica he observado algunos casos de esta enfermedad, que no hubiera publicado todavía á no haberme decidido las *Consideraciones acerca de la ambliopía alcohólica* del Doctor Madan, impresas en el número de Julio último de la CRÓNICA MÉDICO-QUIRÚRGICA donde elogia el que supone olvidado folleto del Dr. Santos Fernández.

No, no está olvidado: yo siempre he tenido presente en la modesta esfera de mi inteligencia los trabajos oftalmológicos aparecidos en Cuba, y si hasta ahora nunca he hecho á ellos referencia es porque en el reducido círculo científico en que giramos, las opiniones se personifican, y de ahí que á menudo degeneren en apasionadas declamaciones para mantener cada cual más alto el estandarte de su victoria. Yo, señores, soy enemigo de toda discusión; ni el terreno en que hoy me coloco es para herir una reputación que desde hace años ha traspasado los límites de esta tierra, y con cuya amistad me honro, sino que vengo, guiado por un sentimiento puramente científico, no á atacar las ideas

sostenidas por el Dr. Santos, sino á consignar: 1º *que la ambliopía tóxica existe en Cuba con los mismos caracteres que en Europa; 2º que en ninguno de los casos por mí examinados hubo atrofia de la mitad interna de la papila, y sí de su porción externa; 3º que esta atrofia del lado temporal facilita, y á veces descubre el diagnóstico.*

Como el folleto aludido puede haber hecho pensar á los extranjeros, que entre nosotros las mismas causas producen efectos diferentes que entre ellos, mi intención es que este trabajo sea también leído por los especialistas de allende el Atlántico; y en tal concepto os evitaré toda suerte de consideraciones, que serían inútiles por demasiado conocidas, para relatar sencillamente los casos clínicos que demuestran la verdad de las proposiciones que dejo sentadas.

Clasifico en estas observaciones los diagnósticos en evidentes ó típicos, diagnósticos por analogía y diagnósticos por exclusión ó dudosos.

I.

Número 100.—Negro de 42 años, tabaquero des-

de los 15. Ha disminuido su vista desde hace ocho meses. No distingue bien los colores. (*Diagnóstico dudoso.*)

II.

Número 106.—Negro de 40 años. Fuma y masca tabaco. Bebedor de aguardiente. Su vista disminuye más durante el día que por las noches. Distingue los colores. No hay lesiones profundas. (*Caso dudoso.*)

III.

Número 125.—Marinero de 44 años. Fuma mucho y bebe. En la región macular hay un punteado blanco. *Papilas blancas en su lado externo.*

IV.

Número 146.—Negro, de 45 años; fuma y bebe. O. D. perdido. En O. I. desórdenes de la vista, sin lesiones profundas. (*Caso dudoso.*)

V.

Número 583.—Maquinista, de 45 años, con facies y temblor alcohólico de las manos. Escotoma central negativo; si ve una persona no distingue su fisonomía. Dificultad en reconocer tintes verdes y violetas; vé bien el rojo. $V = {}^1/_{20}$. Escavación fisiológica de la *papila* que *es blanca en su mitad externa*. (*Caso típico.*)

VI.

Número 627.—Adulto, fumador. En O. I. obstrucción pupilar, con percepción luminosa. En

O. D. pérdida gradual de la vista; sólo lée ahora caracteres grandes. C. v.=n. Confunde algunos colores. *Papila blanca en su mitad externa;* excavación fisiológica, lámina perforada visible; vasos de la retina, normales.

VII.

Número 743.—Maestro de escuela, de 50 años, fuma hasta 50 cigarros diarios, y bebe varias mañanas. Temblor alcohólico de la lengua. Pupilas contráctiles. *Pupilas decoloradas en mitad externa.* Resto del fondo del ojo, normal. No distingue el verde ni el rojo en pequeñas porciones; no conoce el violeta. Desde hace un año empezó á perder la vista. Ve mejor de noche que de día.

$$V \left\{ \begin{array}{l} O.\ D.=\frac{1}{4} \\ O.\ I.=\frac{1}{8} \end{array} \right.$$ —(*Caso típico.*)

VIII.

Número 789.—Tabaquero, de 53 años, fumador y bebe algo, según dijo.—T.=n. V=n.—No hay escotoma para el rojo. Pequeña excavación fisiológica. *Papila pálida en su mitad externa.* Pequeños copos en humor vítreo.

IX.

Número 834.—Tabaquero, de 37 años, robusto; vive en su tabaquería. No fuma mucho, pero confiesa que bebe cuatro ó cinco mañanas de ginebra. Su vista disminuyó paulatinamente como si la hubiese ocultado un velo. Ve mejor por las noches.

Lée con dificultad el periódico si tiene caracteres algo grandes. No distingue una pinta roja en fondo negro.

Pupilas normales. *Mitad externa de papilas blanca.* Resto del fondo del ojo, normal. Mácula muy visible.

En cuerpo vítreo se ve en cada ojo un filamento con una extremidad más gruesa, como si fuese un punto del cual parte un hilo. Este copo tiene movimientos limitados, y por su tenuidad es difícil de descubrir. Doy estos detalles porque también es síntoma del 786, y por consiguiente, podrían tener relación con la enfermedad.

Cuatro meses después con la supresión del tabaco y del alcohol, y una poción de arseniato de estricnina, había bastante mejoría. $V=\frac{2}{3}$. Han desaparecido los copos. (*Caso típico.*)

X.

Número 845.—Marinero, de 53 años, alcoholista, con temblor de manos y lengua, pesadillas, hipocondría. Fuma ocho tabacos diarios.

Ve turbio desde hace un mes. $V=\frac{1}{6}$. C. v.=n. T.=n. Distingue bien el rojo en gran superficie, mal en particulas.

Borde interno de papilas confuso, el externo bien limitado. *Mitad externa de papilas, blanca.* (*Caso típico.*)

XI.

Número 913.—Carpintero, de 37 años; gran bebedor. Aunque su vista había disminuido algo, di-

ce que en esta última quincena ha descendido hasta el punto de serle imposible todo trabajo.

Distingue los objetos grandes. Reconoce el rojo. Al oftalmoscopio sólo es digna de notarse la *blancura de la mitad externa de ambas papilas.*

XII.

Número 978.—Bodeguero, de 31 años; bebe varias mañanas de ginebra; temblor alcohólico de la lengua. Fuma una cajetilla diaria.

Empezó hace dos meses á perder la vista de O. I. y posteriormente la de O. D. Ve mejor por las noches. T.=n. V=$\frac{1}{2}$. C. v. algo estrechado.

Iris contráctiles. Fondo del ojo, normal, ménos la *mitad externa de la papila de O. I.* que *está descolorida.* Ese cambio es apenas sensible en O. D. y ni hubiera sospechado su significación patológica, á no ser por el examen del otro ojo. Máculas muy visibles. Vasos de la retina, normales.

Con la relación de estos casos queda probada la verdad de las proposiciones que senté al principio.

1º *La ambliopía tóxica existe en Cuba con los mismos caracteres que en Europa.* Efectivamente, descartando los casos señalados como dudosos, basta leer estas notas clínicas para establecer el diagnóstico de ambliopía tóxica. La disminución de la vista,

en ojos al parecer normales, el alivio bajo una luz poco intensa, la extensión normal del campo visual, el escotoma central ó sea dificultad de fijar, la perversión del sentido cromático, la atrofia del sector externo de la papila, y los antecedentes del enfermo, son los elementos que diagnostican la ambliopía tóxica. Y esos caracteres son los mismos señalados por los autores clásicos.

Solo haré notar que en la mayor parte de mis enfermos he consignado, el diagnóstico de ambliopía alcohólica, en vez de tóxica. Y así es, puesto que á pesar del considerable número de tabaqueros que trabajan en las fábricas, y que al poco tiempo de dedicarse á ese oficio llevan impreso el sello de una caquexia especial, debida á la acción tóxica del tabaco sobre el organismo, apenas he comprobado en algún caso los caracteres que se asignan más especialmente á esta ambliopía: miosis, escotoma central para el rojo.

Por el contrario, la pupila presentaba sus dimensiones normales, y reaccionaba á su excitante natural, la luz. La más fre-

cuente de las alteraciones cromáticas consistía en ver azul el violeta.

En todos los casos de atrofia de la mitad externa de las papilas el diagnóstico no era dudoso, porque con el interrogatorio subsecuente se descubrían los demás síntomas de la intoxicación, y entre las causas, el alcohol ha figurado siempre en mayores proporciones para inclinarme á ver en dicha sustancia el agente más nocivo.

En dos casos anoté que la mácula se destacaba en el fondo del ojo, lo que no es frecuente en adultos; y en otros dos, la presencia de copos de aspecto vermicular en el cuerpo vítreo. Ignoro si á alguno de estos caracteres, sobre todo al segundo, puede concedérsele algún valor diagnóstico.

En la *segunda proposición*, dije que *en los casos por mí examinados, nunca hubo atrofia de la mitad interna de la papila, sino de su sector externo*. Así lo expresan las historias clínicas que he leído. Por otra parte, no puedo formar un juicio sobre las alteraciones descritas por el Dr. Santos, porque todavía no he visto atrofia de la

mitad interna con integridad de la poreión externa de la papila. Como las fibras nerviosas brotan en la papila y se derraman á manera de surtidor, siguiendo una direeeión radiada hasta la *ora serrata*, easo de produeirse una atrofia de la mitad interna, le eorrespondería eomo síntoma funcional un eseotoma, no central, sino temporal, que en nada velaría la intensidad de la vista, y del cual no tendrían eonoeieneia los enfermos por ser negativo, y por eonseeuencia, no solieitarían nuestro auxilio.

Y en fin, establezco una *tercera proposición, asegurando que la atrofia del lado temporal facilita, y á veces descubre el diagnóstico.* En efecto, euando no existe, nos asaltan serias dudas sobre la verdadera naturaleza de la ambliopía; pero á su preseneia se desvaneeen las difieultades, y se investigan y eomprueban los síntomas funcionales: y he ahí cómo este signo nos pone sobre la vía del diagnóstieo. Se suprime el aleohol y el tabaeo, y se obtiene mejoría; queda, pues, establecida la verdadera eausa de la enfermedad.

Señores, yo siento que muchos socios no puedan verificar la exactitud de los conceptos que acabo de desarrollar, para que cada cual se formase una opinión propia, y me concediese haber trazado á este trabajo sus límites científicos, guiado por la idea de demostrar que este punto de la medicina reviste el mismo cuadro clínico en esta Isla que el desde años antes comprobado, para la ambliopía tóxica por nuestros maestros de la vieja Europa.

En la discusión que siguió á la lectura del trabajo, el Dr. Santos rectificó diciendo que se había referido en su folleto á la imagen invertida que se obtiene con el oftalmoscopio simple. De ahí resulta que estábamos de perfecto acuerdo, como debía ser tratándose de un hecho de fácil observación, habiendo resultado la divergencia en el modo de expresión únicamente.





Embolia de la arteria central de la retina

(*Publicado en el "Recueil d'Ophtalmologie," de París, en 1891.*)

Me propongo describir un caso cuya historia clínica pude seguir desde el principio de la enfermedad, y que indudablemente ofrece interés en lo que se refiere á los diversos tiempos de la afección.

Consideramos á la embolia de la arteria central tres periodos; 1º prodrómico, 2º ataque, 3º atrofia de la papila y de la retina.

El enfermo, fabricante de carruajes, á pesar de sus 54 años era robusto. No tomaba bebidas alcohólicas. El Dr. Rayneri que le asistía no halló alteraciones en el

corazón ni en los vasos á no ser un grado poco marcado de ateroma. Orinas normales.

El enfermo se quejaba solamente de hormigueo y adormecimiento en diversas regiones del cuerpo, principalmente en las extremidades.

1er. PERIODO.—PRÓDROMOS.

A principios del mes de Mayo del año último me consultó por algunos desórdenes visuales.

Disminución de la vista desde hacía tres años. Pero este fenómeno debía ser intermitente ó no existir á distancia puesto que en el momento del examen encuentro:

$$\text{H.}\left\{\begin{matrix}\text{O. D.}\\ \text{O. I.}\end{matrix}\right\}=1^{d.}\quad \text{V.}\left\{\begin{matrix}\text{O. D.}\\ \text{O. I.}\end{matrix}\right\}=1.$$

Escotoma central. Le preocupa sobre todo y le hace temer que perderá la vista el haber observado que no ve bien el objeto que fija cuando es pequeño, así, por ejemplo, si mira una persona reconoce su cara por sus rasgos generales, pero ve los ojos turbios sin poder distinguir su color.

El *temblor de los objetos* es un síntoma

que le ha llamado mucho la atención. Cuando lée ve moverse ó bailar las letras.

Discromatopsia. Reconoce bastante bien los estambres de diferentes colores y sus tonos cuando se fija en ellos detenidamente. Sin embargo, se inicia discromatopsia como lo prueba el hecho de haberse equivocado algunas veces en su taller tomando por marrón un coche pintado de verde oscuro.

Por lo demás, las pupilas son cotráctiles, iguales; el fondo del ojo normal, en los medios transparentes no se percibe la menor alteración.

Después de este examen no me fué posible fijar diagnóstico.

2º PERIODO.—ATAQUE

El día 30 del mismo mes había leído á prima noche, como tenía por costumbre. A media noche lo despierta un dolor agudo en el ojo derecho, como si hubiese sido atravesado por un cuerpo puntiagudo hasta el fondo de la órbita. Gracias al uso de medicamentos narcóticos que le fueron prescritos se calmó y durmió. Al desper-

tar al día siguiente no veía nada absolutamente con ese ojo.

Al medio día se hizo examinar por el Dr. Montalvo. El 1º de Abril, al cabo de 36 horas, se me llama en consulta. Encuentro: hiperemia de la conjuntiva, pupila dilatada é inmóvil, papila del nervio óptico velada, edematosa, con sus bordes radiados acusando la dirección de las fibras nerviosas. Al rededor de la mácula se ve un gran óvalo blanquecino, mucho mayor que la papila, de gran diámetro horizontal; en su centro se destaca la mácula de color rojo intenso, más clara en los bordes, amarilla en el centro.

Esta zona edematosa está invadida por algunos gruesos ramos sinuosos del árbol retiniano, más visibles y repletos que en estado normal.

Las arterias aunque con la columna sanguínea muy adelgazada, no están vacías.

Campo visual limitado á un pequeño espacio por el lado externo, en cuya dirección puede contar los dedos.

En presencia de este cuadro el Dr. Mon-

talvo y yo diagnosticamos separadamente *embolia de la arteria central de la retina.*

El edema retiniano desapareció al 5º día, y con él terminó el estado congestivo determinado por el ataque.

3er. PERIODO.—ATROFIA DE LA PAPILA Y DE LA RETINA

Al cabo de algunos días la vista mejoró un poco. Contaba más fácilmente los dedos por el lado externo, y aunque poco, algo se había agrandado el campo visual.

La sangre no ha dejado nunca de circular en las arterias, pero solo llevan una cantidad insignificante. La papila se ha ido decolorando hasta quedar blanca.

Los síntomas de este periodo están bien descritos por los clásicos para que no insistamos en ellos.

Algún tiempo después del ataque de embolia se produjo parálisis del oblícuo menor del lado enfermo.





Retinitis Pigmentaria Hereditaria

(*Publicado en la "Revista de Ciencias Médicas," en Abril 20 de 1891.*)

He tenido oportunidad de examinar hace poco tiempo un caso de retinitis pigmentaria hereditaria en un adulto con la ventaja de haber examinado uno de sus hijos en quien ya se iniciaba el mal.

Trátase de un chino labrador, de 38 años, bien constituido, que me consultó por la pérdida gradual de la vista que experimentaba desde años atrás, en un principio por las noches solamente, pero que actualmente apenas podía distinguir la luz del día.

El aspecto exterior de sus ojos es normal. Solo las pupilas no obedecen á las excitaciones de la luz.

El fondo de los ojos tiene un tinte blanquecino. Las papilas del nervio óptico tienen color blanco ligeramente sonrosado, sus bordes están bien limitados. Las venas están adelgazadas y las arterias son tan finas que no se puede ver su trayecto á mucha distancia de la papila.

Las retinas presentan abundantísimas manchitas negras, algunas con partes blancas, confluentes hacia el ecuador del ojo, diseminadas y más raras hacia el polo posterior pero no existen junto á la papila. Estas manchas de pigmento no tienen forma determinada, unas son angulosas, otras redondeadas. Existen en mayor número en el trayecto de los vasos gruesos.

Estas lesiones son perfectamente simétricas en ambos ojos, de tal modo que en ambos existe una gruesa mancha pigmentaria y de la misma forma á un par de milímetros por dentro de las papilas.

H. { O. D. / O. I. } 4 dioptrias. V { O. D. = 0. [1] / O. I. = p. l. } T. { O. D. / O. I. } n.

La amaurosis casi completa impidió hacer un reconocimiento de la percepción de los colores así como tomar el campo visual.

En la historia de este caso no existía desde luego infección sifilítica. El enfermo, es un hombre sano que siempre se ha ocupado en trabajos de campo y si algunas afecciones ha tenido últimamente, como fiebres palúdicas, no se hallan en modo alguno ligadas á la afección que describo. El enfermo desde niño había tenido siempre mala vista, particularmente por las noches.

Este síntoma *hemeralopia*, tan evidente para los enfermos, y tan característico de la retinitis pigmentaria, me permitió investigar el padecimiento en la familia del enfermo.

En efecto, refiere y asegura, que la ceguedad por las noches ó cuando hay poca luz es un mal hereditario en toda su fami-

(1) Expreso de este modo que la vista de O. D. es nula y que en O. I. solo existe percepción luminosa.

lia. Sabe que su abuelo solo podía trabajar durante el día, pero que por las noches apenas podía caminar solo.

Heredaron el padecimiento su padre y sus tíos. Su padre quedó completamente ciego á los 40 años.

El enfermo, hijo único, y sus primos hermanos por la línea masculina, han heredado todos el mismo defecto orgánico.

Nuestro enfermo cuando vino á Cuba podía desempeñar sus trabajos de campo. Pero su vista ha disminuido gradualmente hasta quedar casi abolida. La enfermedad que sufre es una retinitis pigmentaria típica, tanto por el aspecto oftalmoscópico como por la evolución clínica; hemeralopia primero, pigmentaciones retinianas y amaurosis después.

Sus hijos se hallan en el primer periodo de la enfermedad: hemeralopia sin pigmento. Los cuatro niños que tiene, mestizos con una negra, son hemeralopes. Después que se oculta el sol no pueden andar si no es á tientas.

Examiné á uno de ellos, de 9 años. Tenía $H=3$ dióptrias, y $V=\frac{1}{3}$ en ambos ojos.

El fondo de sus ojos tiene apariencia normal, sin una sola mancha de pigmento y solo se ve un tinte general gris claro en la retina. De noche apenas ve, á menos que se halle junto á la luz.





El delirio después de las Operaciones
EN LOS OJOS

(*Publicado en el "International Medical Magazine," de Filadelfia, en 1893.*)

Hace ya tiempo que vienen mencionándose casos de delirio ocurridos en individuos que se han sometido á operaciones para las varias afecciones de la vista. En Marzo de 1890 este asunto fué extensamente discutido en la Sociedad Oftalmológica de París. La forma que generalmente se ha descrito ha sido un delirio de exaltación, algo parecido al que ocasiona la belladona y en otras ocasiones un delirio de persecución.

Este delirio ha sido atribuido á causas

muy diferentes. Grandelement, Galezowski y Chibret, entre otros, créen que la acción de la atropina ejerce una influencia positiva en su producción, estando fortalecida esta opinión por la similaridad que tiene con la forma producida por la absorción de ese alcaloide. Parinaud, Valude y Armaignac, como antes Sichel, consideraron como causa la oclusión de los ojos debida al vendaje después de las operaciones, y no conceden que exista influencia alguna por la atropina, la que no fué usada en algunos de los casos en que se practicó la iridectomía contra el glaucoma. (1)

Parinaud y Gillet de Grandmont creen que la debilidad consiguiente á la dieta es un factor importante en la producción del delirio, citando el último autor un caso notable que fué debido sin duda alguna á esta causa.

Según Chibret, el alcoholismo es de por sí lo suficiente para ocasionar el delirio;

(1) El Dr. Santos Fernández, de la Habana, atribuye el principal papel en la producción de esta complicación al vendaje y á la atropina; pero en un artículo reciente excluye esta última causa.

conviniendo con esta opinión muchos autores.

Gorecki lo considera como una forma especial de delirio que, á pesar de su analogía, puede muy bien diferenciarse del producido por la belladona. Lo ha observado en casos en que no hubo oclusión de los ojos después de la operación.

Algunos autores créen que la excitación nerviosa—el temor de perder la vista—puede originarlo en personas tímidas; pero otros, y entre ellos Vignes y Ledda piensan que el delirio solo puede ocurrir en los casos donde exista una predisposición especial, mientras que Chibret va más allá y dice que corresponde particularmente á los dementes.

¿Cuál, entre todas estas opiniones puede considerarse como la causa verdadera del delirio? Yo creo que todas ellas pueden ser causas ocasionales, más ó ménos directas, inclinándose cada cirujano hacia aquella que se hace la más aparente entre sus casos.

Probablemente la atropina es de poca importancia en la producción del delirio,

á menos que se administre en gran cantidad. He operado una mujer con cataratas, á quien equivocadamente se instiló en el ojo tres días antes una considerable dosis de atropina, que le ocasionó el delirio furioso que corresponde á ese veneno, y sin embargo, después de la operación no sobrevino delirio alguno, á pesar del hecho de que todavía no había concluido de recuperarse de los efectos del agente tóxico. Aun más concluyentes son los casos de delirio después de la iridectomia para el glaucoma, donde ese midriático no ha sido usado ni antes ni después de la operación.

La oclusión de los ojos y la dieta que se habían considerado ser las causas principales, solo son en mi opinión, condiciones que favorecen su aparición. No son de importancia capital en la complicación que estamos tratando. De otra manera el delirio sería frecuente puesto que ambas condiciones son la regla durante los primeros días después de la operación. El delirio es por el contrario, raro. Los autores que se han ocupado de este asunto solo han mencionado unos cuantos casos.

Es evidente que en los individuos que sufren de alcoholismo, la privación de la luz, la dieta y la exitación consiguiente á toda operación pueden provocar delirios de persecusión.

El delirio post-operatorio puede observarse en personas que no son alcoholistas, como han asegurado autorizados observadores que buscan la causa en una predisposición á la manía ó en un temperamento nervioso fácilmente excitado. En las observaciones que puedo citar de esta complicación, los hechos me inclinan á creer que el delirio solo se observa en los dementes, con ó sin alcoholismo y en los cuales solo existen excentridades de carácter que pueden haber pasado desapercibidas para el médico, y la manía, hasta entonces latente, se desarrolla después de la operación, favorecida por circunstancias que contribuyen á excitar la imaginación, tal como el temor de perder la vista, la dieta, la privación &. El acceso de manía es generalmente temporal, puede durar varias horas ó días enteros; pero finalmente desaparece por completo. Respecto á

su intensidad varía desde un temor vago y ligero y trastornos de la inteligencia apenas apreciables hasta un delirio furioso que puede exigir el uso de la camisa de fuerza. En los ataques moderados, cesará descubriendo el ojo, con objeto de convencer al paciente del éxito de la operación pero en los casos más pronunciados esto, no solo no ocasiona alivio alguno, y los pacientes insistirán en la idea de que no ven nada, aun después de haberles probado que podían distinguir los dedos, leer, etc.

En una palabra, este delirio, consecutivo á las operaciones es solo una forma de manía en individuos ya mentalmente trastornados ó en otros en quienes el trastorno intelectual estuvo hasta entonces en estado latente. Una circunstancia digna de mencionarse es, que yo siempre lo he observado en los *ancianos* y *ateromatosos*, lo que me hace pensar que esta afección del sistema vascular juega un papel importante en la producción de los trastornos cerebrales y subsiguientes paraxismos maniáticos. No es extraño pues, que la causa del delirio

sea atribuida al alcoholismo, pues este es un factor frecuente en la producción de la degeneración ateromatosa. En los casos de esta naturaleza se presenta bajo la forma de delirio de persecución.

En corroboración de las opiniones que acabo de expresar, extractaré de mis casos ejemplos de las tres formas de manía que he observado.

Caso I—Una negra, de sesenta años, ateromatosa, hábitos bastante regulares, habitualmente silenciosa y taciturna; operada de cataratas dobles en una sola sesión; solo se usó una gota de la solución de atropina, treinta horas antes de la operación; después de esta se aplicó un vendaje oclusivo y se le ordenó dieta líquida. Durante la primera y segunda noches la paciente estuvo inquieta, hablaba consigo misma, no reconocía las voces de las personas que la rodeaban y trataba de levantarse sin objeto determinado para ello, tenía miedo de algo, y con objeto de protejerse contra los peligros imaginarios quería quitarse el vendaje. Para evitar esto se hizo necesario al fin emplear la fuerza. Durante

el día estaba tranquila. Curó sin complicaciones, exceptuando una catarata secundaria, que fué operada un mes después, y en esta ocasión volvió el delirio aunque no tan pronunciado.

Caso II.—Varón, blanco, setenta años, muy ateromatoso, de familia en la cual ha habido miembros excéntricos y faltos de inteligencia. Fué operado por catarata. Al tercer día se hizo necesario levantar el vendaje para calmar la inquietud del paciente. Existía una hernia del iris; pero podía ver lo suficiente para leer caracteres comunes de letras. Este paciente presentó durante dos meses una forma especial de demencia que consistió en decir que estaba ciego y que no podía ver nada, ocurriendo esto hasta algunos minutos después de hacerle leer en un periódico. Acostumbraba á decir que se le había engañado, que se le hacía leer artificialmente poniéndole algo delante de los ojos (la lente); pero que al fin se quedaría ciego.

Estaba triste, hablaba consigo mismo, padeció de alucinaciones, conversaba con personas imaginarias, siempre sobre el

mismo tema, el mal resultado de su operación.

Caso III.—Varón, hombre, cincuenta y ocho años, aficionado á la bebida; pero no en exceso, ateromatoso y algo excéntrico. Fué operado de catarata. Durante los tres primeros días cantaba satisfecho de haber recobrado la vista Levantado el vendaje se comprobó resultado excelente. En la noche del tercer día recibió un golpe en el ojo, accidente que se repitió durante dos noches consecutivas, resultando gran inflamación. Desde ese momento se puso triste y comenzó á decir que nunca volvería á ver. Pasó noches intranquilas, con delirio, hasta la del noveno día en que tuvo un violento paroxismo de delirio de persecución. Se imaginó que tenía la cama llena de sangre que le salía de los ojos, que en frente de él estaban ocho hombres que querían matarlo, tratando de escaparse de ellos á través de la pared, contra la cual se lanzaba creyendo que allí existía una puerta. No reconocía á sus enfermeras. El día siguiente lo pasó en el mismo estado, apenas me conoció, hizo grandes esfuerzos para esca-

parse, y trató de arrojarse por un balcón. Le receté sedativos y lo envié á su casa. Al terminar la semana aun no se había curado del todo; pero estaba tranquilo. La vista le quedó bastante buena, tan pronto como pasaron los efectos del traumatismo.

En las tres formas de delirio los pacientes eran ateromatosos, única circunstancia que había de común entre ellos. Uno solo puede considerarse como alcoholista; en otro existían antecedentes de alucinación mental en la familia y el tercero poseía una disposición melancólica. La degeneración ateromatosa, aunque no tiene un valor etiológico absoluto en estos casos, actúa sobre las funciones cerebrales á través de los cambios vasculares que produce. Preguntando á los familiares de estos tres enfermos descubrí después que habían sufrido de trastornos intelectuales, que debido á las circunstancias que acompañaron y siguieron á las operaciones se desarrollaron los accesos de manía.

¿Podemos sospechar los casos en que puede ocurrir el delirio, y cómo evitaremos

esta complicación? No habiendo tratado nunca de evitar este accidente no estoy en aptitud de contestar la pregunta anterior; pero creo que sería conveniente recetar el bromuro de potasio asociado con el hidrato de cloral, antes y después de la operación. El efecto sedativo puede ser beneficioso, á la vez que no dificulte la curación.



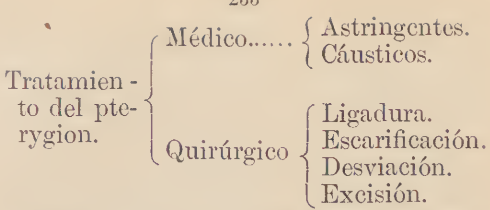
TERAPÉUTICA

TRATAMIENTO DEL PTERYGION

(Leido en la Sociedad de Estudios Clínicos y publicado en la «Crónica Médico Quirúrgica» en Noviembre de 1889.)

El pterygión es una enfermedad muy frecuente de la conjuntiva bulbar, caracterizada por una hipertrofia de los elementos de la mucosa; su forma es triangular, con una base que se pierde en el repliegue de la conjuntiva y el vértice se inserta en la córnea.

Conocido desde los tiempos antiguos, se han empleado contra este tumor tratamientos médicos y quirúrgicos.



En toda época se han usado contra el pterygión variedad de colirios acuosos, grasos ó pulverulentos, desde el láudano y las soluciones astringentes en boga entre los cirujanos antiguos, hasta los cáusticos, y las pomadas mercuriales.

Hoy está reconocida la ineficacia de semejantes medios, á pesar de las afirmaciones de los autores de aplicaciones tópicas, que pretenden como Mackenzie, haber curado el pterygion carnoso con cauterizaciones de nitrato argéntico, ó Decondé de haber hecho desaparecer un pterygión con cinco insuflaciones plúmbicas. Estas medicaciones, por el contrario, originan oftalmías, sin lograr el fin apetecido.

No ha faltado quien, amigo de ver siempre en el estado general del organismo la causa de los fenómenos locales, ha llegado á considerar esta enfermedad como depen-

diente de trastornos intestinales, acudiendo en consecuencia para tratarla á los purgantes, sanguijuelas al ano y ventosas al dorso.

Afortunadamente ya no queda de estos tratamientos más que el recuerdo histórico.

La inutilidad de los recursos médicos condujo á los cirujanos al empleo de medios quirúrgicos. La naturaleza del pterygion—hipertrofia parcial de la conjuntiva —indica como medio racional la extirpación del tumor.

Pero la frecuencia de las recidivas ha hecho imaginar numerosos procedimientos operatorios. Es tal la rebeldía del pterygion á los tratamientos empleados, que Bell á principios de este siglo lo consideraba en muchos casos como incurable, y ante el temor de que pudiese degenerar en cáncer (!) aconsejaba la enucleación del ojo enfermo.

Szokalski extrangulaba el pterygion entre dos ligaduras colocadas una en el cuello y la otra en la base. Este medio ha sido poco aceptado, y lo mismo puede decirse de las escarificaciones repetidas que

practicaba Bell con objeto de obliterar los vasos que en su concepto formaban la trama del tumor.

Un procedimiento moderno, ideado por Desmarres á mediado de este siglo, consiste en la desviación de la cabeza del pterygion. Desprendida su inserción de la córnea, y el cuerpo de la conjuntiva vecina, pero sin tocar á la base, se ingerta el vértice en el tejido subconjuntival manteniéndolo fijo mediante una sutura.

Siguieron esta vía: Knapp que hacía un doble ingerto, gracias á una incisión á lo largo del eje del pterygion; Pagenstecher, Arlt y Wecker, que suturan la conjuntiva bulbar y abandonan el pterygion, manteniendo solo por la base, para que se atrofie expontáneamente, y Galezowski que valiéndose de una sutura especial arrolla el ala desprendida sobre sí misma y lo extrangula por la base.

Pero desde los tiempos más antiguos un procedimiento racional, sencillo y radical, ha merecido la preferencia de los cirujanos: la *extirpación*. Scarpa, Lawrence, Carron, Cunier, Furnari, Tavignot, van Roos-

broeck, Mackenzie, Fano, Coccius, Macnamara y muchos cirujanos actuales emplean la ablación como único tratamiento, sin más diferencia que algunos detalles en el manual operatorio. Si debe ó no pasarse previamente una sutura por el cuerpo del tumor, si en la disección son preferibles las tijeras ó el bisturí, si debe empezarse la disección por el vértice ó la base, si conviene una extirpación total ó parcial, son cuestiones á veces fútiles y que poca ó ninguna influencia alcanzan en el resultado de la operación.

Yo empleaba al principio de mi práctica el procedimiento de Galezowski puro ó con algunas modificaciones en el modo de hacer la sutura. Pero con este medio la atrofia del pterygion es lenta, y al extrangularlo en su base forma un tumor voluminoso en el ángulo interno del ojo, que dificulta la oclusión palpebral, impide mecánicamente el libre desprendimiento de las lágrimas, y determina siempre una conjuntivitis intensa y persistente, muy molesta para los enfermos.

Para evitar, al menos en parte, estos

inconvenientes, practico actualmente la extirpación parcial del pterygion, combinada á dos ligaduras que extrangulan la base. Procedo del modo siguiente: Acostado el enfermo y colocado el blefarostato, con una pinza de dientes aprisiono la cabeza del tumor. Si no se desprende por simples tracciones, lo separo de la córnea con un bisturí fino. Hecho esto, en dos ó tres tijeretazos se desprende de la conjuntivo bulbar hasta la base; por el centro de ésta se pasa un hilo doble; se entrega la pinza á un ayudante y se cierran fuertemente las dos ligaduras; y en fin, se extirpa la porción libre del tumor.—Las ligaduras se levantan del 4º al 7º día.

Este procedimiento es sencillo, de ejecución rápida, no deforma el ángulo interno, y logra buenos resultados.

Se colocarán un par de suturas en la conjuntiva bulbar, en este como en todos los procedimientos, en los casos en que quede la esclerótica al descubierto; mientras que sería inútil en la forma de pterygion muy común, en que este repliegue descansa sobre la conjuntiva del bulbo, á

la que solo se halla unida por una línea que marca la altura del triángulo.

En una comunicación á la Academia de Ciencias en 1887 me ocupé de las diversas formas que afecta el pterygion.

Para terminar solo me resta indicar el momento oportuno de la operación. El pterygion ténue que no haya interesado 0m.002 del diámetro de la córnea puede respetarse, por dos razones: 1ª porque no ocasiona incomodidad ni peligro; 2ª porque muchas veces los pterygions permanecen estacionarios por muchos años. En este estado, solo acostumbro á operar á petición de los enfermos, y constituye una operación de complacencia exigida por la necesidad de la estética, imperiosa en algunas personas.

Pero cuando la marcha del pterygion es más rápida y alcanza á la mitad del radio de la córnea; es decir, 0m.003 la operación es indispensable para salvar la integridad funcional del órgano de la vista, puesto que el pterygion destruye la capa epitelial de la córnea, y deja una nubécula persistente, que si invade el campo visual; causa perjuicio notable de la vista.



NUEVO VENDAJE OCULAR

Comunicación á la Academia de Medicina en sesión de 26 de Febrero de 1888 y publicada en sus Anales y en la «Revista de Ciencias Médicas» en el mismo año.

Después de las operaciones que necesitan una incisión de la córnea ó de la esclerótica, han comprendido los cirujanos la utilidad de un vendaje protector hasta el momento de curarse la herida. Esta cicatriza más dificilmente después de la extracción de la catarata, que de ninguna de las otras operaciones de los ojos, tanto por ser más extensa la abertura de las membranas, cuanto por la contusión que sufren á la salida del cristalino los labios de la herida. Así es que siempre ha sido

objeto de preferentes cuidados la exacta coaptación de ambos bordes de la misma, y la aplicación inmediata de un vendaje que los mantenga unidos durante el tiempo necesario para realizarse la cicatrización.

La forma y disposición de estos vendajes ha variado mucho en las diferentes épocas, para que deje de ser interesante su recuerdo histórico, haciendo ver los inconvenientes de cada uno de ellos y los motivos de verse sustituidos por otros más ó menos apropiados.

Como la extracción de la catarata fué ya practicada en tiempo de los romanos, después de terminada, acostumbraban los oculistas á proteger el ojo con un vendaje; pero nada se dice en los autores que he consultado, sobre la forma y naturaleza de las sustancias que lo componían.

Durante el largo período de la Edad Media quedó olvidado hasta el recuerdo de la operación; y es preciso llegar hasta mediados del siglo XVIII, en que Daviel reinventó y fecundó la extracción de la catarata con la luz de su genio, cuyos

resplandores brillan hoy como hace cien años en el eampo de la oftalmología. Este eminente cirujano cubría el ojo operado eon un vendaje, compuesto de una eapa oval del emplasto de diapalma, cuya base era el sulfato de zinc, y sobre el cual eoloeaba algodón en rama, que fijaba mediante varias vueltas de venda.

A prineipios de este siglo, la escuela de Viena, centro entonees de los eonocimientos oftalmológicos, puso en boga un vendaje muy seneillo, constituido por tiras de tafetán inglés aplieadas sobre los párpados. Así vemos que uno de sus diseípulos y propagadores, Sichel, en 1839, decía que después de la operación se podían dejar los ojos libres, cubiertos simplemente eon una eompresa, siempre que se pudiera eontar con la inmovilidad del órgano; pero que para obtenerla con seguridad se valía de dos tiras angostas de tafetán inglés, que haeía pasar de la frente á la mejilla, en forma de eruz, conservando así los párpados bien eerrados.

Ya por entonces se trató de sustituir el vendaje de Viena por otros más ó menos

semejantes al que usaba Daviel. Algunos eirujanos italianos aplieaban sobre el ojo aeabado de operar, una eataplasma de elara de huevo y alumbre, que mantenían eon eompresas, y una vuelta de venda. En otros paises se valían de una compresa grande, untada de eerato, y agujereada eon una abertura para pasar la naríz, y sobre ella ponían eapas de hilas, eubriéndolo todo eon unas vueltas de venda.

Pero no tardó Desmarres en Franeia, hácia 1857, en deseehar estos procedimientos y deseribir el que usaba del modo siguiente: «Se eortan tiras de tafetán inglés de 0’006^{m} de ancho por 0’03^{m} á 0’04^{m} de largo. Se eoloea del lado interno del ojo una tira vertieal, de manera que impida la separaeión de los párpados; se aplica luego eerea de la eomisura externa otra tira paralela á la primera. Se eolocan después otras dos tiras oblíeuamente dirigidas de la primera á la segunda, de modo que deseriban una X al eruzarse en el eentro de los párpados, y por último, se adhiere otra tira sobre las pestañas, en toda la extensión de la hendidura palpe-

bral, menos del lado interno, en que se detiene á 0'^{m} 001 de los puntos lacrimales, á fin de dejar libre curso á las lágrimas por el ángulo interno. Conviene asegurar las tiras verticales, colocando otras dos de través hácia sus extremidades.»

Como se vé, el vendaje tan sencillo que Beer introdujo en Viena fué aceptado con diversas modificaciones por los oculistas más distinguidos de otros países; así acabamos de decir que Desmarres, con su autoridad, contribuyó á propagarlo en Francia.

En Inglaterra, Mackenzie, inspirándose en las mismas ideas, recomendaba en 1857 que se colocase sobre los párpados cerrados del ojo operado «Una banda de tafetán engomado, de una pulgada de largo por un cuarto de pulgada de ancho, que se extienda del medio del párpado superior al medio del inferior. Un vendaje idéntico se aplica sobre el ojo no operado. Después se coloca una venda flotante por delante de los ojos.»

Wharton-Jones, en 1862, preconiza el procedimiento de Mackenzie; pero ade-

más aconseja por su cuenta otro vendaje, y es una modificación bastante notable, que consiste en «cubrir los ojos con una compresa ligera que mantiene una banda, cuya parte media se coloca sobre la nuca, las extremidades pasan por delante de los ojos, se cruzan en la frente, y vuelven á la parte posterior donde se sujetan con alfileres.»

Esta tendencia á abandonar el vendaje de Viena, que por su extrema sencillez exponía el ojo á traumatismos y otros peligros, presentaba además, según Wecker, que fué uno de los últimos alumnos de aquella escuela, el inconveniente de que, al secarse, se incurvaban y endurecían las tiras de tafetán, irritando la piel y obligando á pestañear contínuamente al enfermo; esta tendencia, repito, se acentuó cuando el genio poderoso de Grœfe fundó ya antes de 1870 la escuela de Berlín é impuso sus ideas á todos los oftalmologistas de Europa. El usó y propagó el llamado *vendaje compresivo*, que es el que todavía usan los oculistas más distinguidos, y que consiste, con variaciones in-

significantes, en vendajes asépticos, compuestos de una compresa simple, y rodajas de algodón medicinal, que se cubren con varias vueltas de venda de tres dedos de ancho por dos ó tres metros de largo, aplicada al rededor de la cabeza, y que determina una ligera compresión del glo-ocular.

A este vendaje, que es un retorno al que usaba Daviel, pero con modificaciones ventajosas, como la supresión de toda sustancia adherente, atribuía Graefe en mucho los resultados brillantes que desde que empezó á usarlos obtenía en sus operaciones.

Este vendaje fué el que ví aplicado por todas partes en 1883, cuando seguí cursos de oftalmología y todos los proferores eminentes que fueron mis maestros, han continuado usándolo con el mismo buen resultado que Graefe, aunque introduciendo cada uno en su confección modificaciones de escasa importancia.

Yo seguí también en un principio rutinariamente la práctica de mis maestros, que ensalzaban unánimemente el vendaje compresivo; pero no tardé en conven-

cerme de ciertos inconvenientes que presentaba, y que podía en parte turbar el éxito definitivo de una operación ejecutada brillantemente.

En efecto, las vueltas de venda dan mucho calor á la cara y á las orejas, que más ó ménos, siempre mantienen aprisionadas, y consecutivamente determinan congestiones al globo ocular. Raro es el operado que, habiendo usado dicho vendaje, no sufra posteriormente de una conjutivitis de intensidad variable y que se prolonga muchos días, especialmente si coincide con irritación del iris y se usa de la atropina localmente.

Su aplicación es difícil, porque la forma de la región occipital no se presta para la buena colocación de un vendaje; su disposición en forma de plano inclinado hace que la venda ruede y se fije sobre la nuca, lo que la obliga á tomar una dirección oblícua abajo y atrás. Y todavía es más difícil sostenerla inmóvil en las mujeres, por la abundancia del pelo y la imposibilidad de dar una disposición cómoda á la trenza.

Pero la contraindicación principal que por sí sola bastaría para proscribir esta clase de vendaje, consiste en la irregularidad de las presiones producidas sobre el globo, á consecuencia de los cambios y frotamientos que recibe al moverse la cabeza sobre la almohada. Bien sabido es que este vendaje debe renovarse todas las mañanas, porque durante el sueño ha sufrido movimientos que lo aflojan. Esto prueba que el ojo que se quiere proteger no lo está en realidad, porque tan pronto sufre compresiones exageradas de delante atrás ó lateralmente, como falta en éstas por completo al descomponerse el vendaje. Esas sacudidas que pesan sobre un ojo recién operado no pueden menos de serle perjudiciales.

Conviene, pues, reemplazar este vendaje. ¿Pero cuál otro sustituirle? Yo, en el curso de mi práctica, he ideado uno tan cómodo como fácil de preparar. Consiste en una rodaja de algodón salicílico, de espesor suficiente para rellenar el hueco orbitario, sobre la cual se pegan de antemano tres tiras de esparadrapo que se

cruzan en el centro, de modo que el vendaje aparece como un óvalo pequeño $0'^{m}\,05 \times 0^{m}\,'04$ con seis radios que se pro-

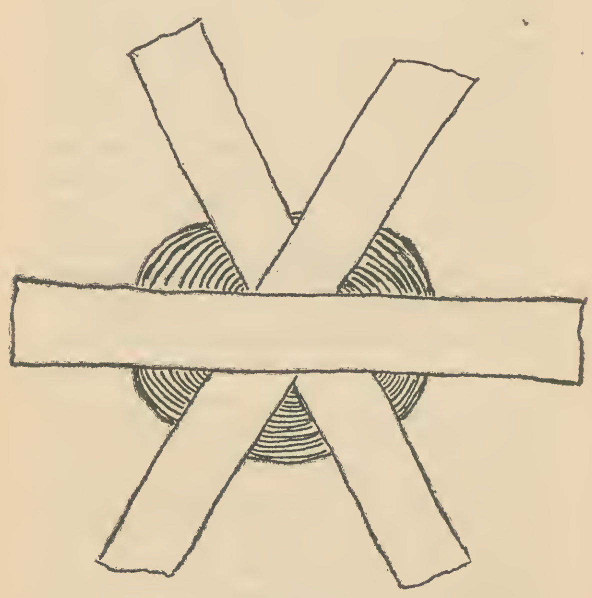


Fig. núm. 2.

longan algunos centímetros por fuera del mismo. Terminada la operación, se aplica sobre los párpados cerrados una com-

presa fina de hilo, empapada en la solución antiséptica que sirvió para la operación, y sobre ella se coloca el vendaje expresado, adhiriendo el extremo de las tiras de esparadrapo á la frente, la mejilla, la sien y la naríz.

Este vendaje no está destinado á comprimir, sino solo á proteger el órgano y asegurar su inmovilidad; para lo cual, acostumbro además á colocar otro vendaje oclusivo semejante sobre el otro ojo, haya ó no sido operado, vea ó sea amaurótico; porque no creo que se pueda obtener la inmovilidad del globo, que en todo caso es relativa, sin que á la vez estén cerrados los párpados en los dos ojos.

Esta especie de vendaje es muy semejante al que necesita vueltas de venda, pero con la ventaja de no sufrir absolutamente ninguna clase de movimientos, puesto que se adhiere á la región huesosa periorbitaria, y permanece independiente de los que ejecuta la cabeza.

Sobre los demás vendajes simplemente oclusivos de los párpados sin capas protectoras, ofrece la superioridad de consevar

un calor moderado y uniforme, é infundir mayor confianza al operado que sabe tener bien abrigado el ojo; y, por otra parte, hace materialmente menos funesto un golpe sobre la región operada, traumatismo que no es raro y que generalmente realiza la misma mano del enfermo en las horas del sueño.

Este vendaje es, en mi sentir, susceptible de perfeccionamientos; pero tal como lo acabo de describir me ha dado resultados superiores á los del vendaje clásico con vueltas de venda al rededor de la cabeza.

Una vez colocado, acostumbro á dejarlo en permanencia 48 ó 72 horas, si no se ha presentado ningún síntoma alarmante, sin humedecerlo ni aplicar ninguna sustancia al ojo, mediata ni inmediatamente. Se levanta á los tres días y se examina cuidadosamente la región operada. Si se ha realizado la cicatriz por primera intención puede desde entonces permanecer el ojo descubierto, con una venda flotante ó espejuelos ahumados durante el día; y por la noche, abrigado por una tira ancha de

esparadrapo fija en la frente y la mejilla, destinada á proteger simplemente, pero en modo alguno á comprimir el globo, puesto que pasa sobre él á la manera de un puente.

En estas condiciones se evitan esas rebeldes conjuntivitis consecutivas, y otras complicaciones producidas tal vez por compresiones irregulares y violentas.

En caso de que la cicatriz no sea completa todavía, conviene renovar el vendaje durante varios días, tanto para obtener la quietud del órgano, como para abrigarlo de los agentes exteriores que pudieran dificultar la cicatrización.

ÍNDICE

al

COLECCCION

DE

ARTÍCULOS DE MEDICINA

POR EL DR.

ENRIQUE LOPEZ





LA COMERCIAL

Imprenta, Papelería y Encuadernación
MURALLA 123.—HABANA
1895

